

M 2014

# **AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO EMOCIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM LARES**

PATRÍCIA ISABEL ALMEIDA GOUVEIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA

À FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM

CUIDADOS PALIATIVOS

# **AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO EMOCIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM LARES**

PATRÍCIA ISABEL ALMEIDA GOUVEIA<sup>1</sup>

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA

À FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM  
CUIDADOS PALIATIVOS,

SOB ORIENTAÇÃO DO DR. EDUARDO CARQUEJA

---

<sup>1</sup> Mestranda na Faculdade de Medicina Universidade do Porto

*“ O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida.”*

(Cicely Saunders)

*“Apenas se vê bem com o coração, pois nas horas graves os olhos ficam cegos”*

(Antoine de Saint-Exupéry)

## **AGRADECIMENTOS**

Quero em primeiro lugar agradecer ao meu orientador Dr. Eduardo Carqueja a sua disponibilidade, orientação e motivação.

Agradecer às comissões diretivas das instituições que autorizaram a recolha de dados.

Obrigada a todos os idosos que se mostraram disponíveis a participar no estudo, porque sem as suas partilhas esta pequena investigação não seria possível.

Agradecer à Daniela a ajuda imprescindível no tratamento estatístico.

À minha família, agradeço o seu apoio incondicional.

E por último, agradecer ao Tiago o seu companheirismo, motivação e compreensão nas horas mais difíceis.

## RESUMO

A Avaliação do Mal-Estar Emocional no contexto das doenças crónicas em idosos é fundamental, pois estas evoluem ao longo dos anos traduzindo-se em sofrimento. Este deve ter uma abordagem global, integrada e holística e não apenas o controlo de sintomas, sendo orientado para a pessoa e não para a doença. O sofrimento emocional é em geral pouco abordado e pouco explorado uma vez que a sua compreensão não é fácil, podendo ter na sua origem várias causas.

Com o presente estudo quantitativo, transversal e correlacional pretende-se a validação do instrumento Avaliação do Mal-Estar Emocional em idosos institucionalizados em lares com doença crónica, explorando a relação entre mal-estar emocional e variáveis sociodemográficas, dependência, funcionalidade, depressão e ansiedade. A recolha de dados decorreu de Abril a Maio de 2014, em três lares de idosos.

A amostra é constituída por 25 idosos, 11 do género masculino e 14 do feminino (44,0% e 56,0% respetivamente), com predomínio de idades dos 75 aos 84 anos (44%), com diagnóstico principal de doença cerebrovascular (36,0%).

Os resultados indicam que o mal-estar emocional parece estar relacionado com o género, funcionalidade, dependência, com perturbações da ansiedade e depressão. O mal-estar emocional nos idosos parece não estar relacionado com a idade nem com o tempo de evolução da doença.

O objetivo principal não foi atingido, pelo tamanho da amostra não ser suficiente para validar o instrumento. Contudo, através da análise e interpretação dos resultados entendemos que o sofrimento emocional é multifatorial, e que o instrumento AME pode ser uma ferramenta simples e de fácil aplicação, para uma avaliação holística dos idosos com doença crónica.

Palavras-chave: mal-estar emocional; idoso; doença crónica

## **ABSTRACT**

The evaluation of the emotional distress in the elderly in a chronic disease context is crucial, as these evolve over the years leading to suffering. This should have a comprehensive, integrated and holistic approach and not only the control of symptoms, thus oriented to the person and not the disease. The emotional distress is usually poorly addressed and underexplored. Their understanding is not easy, since it may have several sources.

The main aim of this quantitative, transversal and cross-sectional study is to validate the Emotional Distress Evaluation instrument in institutionalized elderly with chronic diseases in nursing homes, exploring the relationship between emotional distress and socio-demographic variables, dependency, functionality, depression and anxiety. Data collection took place from April to May 2014 in three nursing homes. The sample consist of 25 elderly, 11 males and 14 females (44.0% and 56.0% respectively), with a predominance of ages between 75 to 84 years (44%), with a primary diagnosis of cerebrovascular disease (36.0%). The results indicate that the emotional distress seems to be related to the gender, functional status, addiction disorders, anxiety and depression. The emotional distress in the elderly appears to be unrelated either to the age or the disease progression time. The main goal of this study was not reached, as the sample size is not sufficiently wide to validate the instrument. Nevertheless, through analysis and interpretation of the results we understand that the emotional distress is multifactorial, and the AME instrument can be a simple and user friendly tool for a holistic assessment in elderly with chronic disease.

**Keywords:** emotional distress; elderly; chronic disease

## **SIGLAS**

AME- Avaliação Mal-Estar Emocional

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CP- Cuidados Paliativos

DGS- Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

GDS – Escala Depressão Geriátrica

IAG – Inventário Ansiedade Geriátrica

MMSE - Mini-Mental State Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

SECPAL – Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos

WHO – World Health Organization

## ÍNDICE

### PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

INTRODUÇÃO.....	11
CAPITULO I – CUIDADOS PALIATIVOS.....	13
1– CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
1.1-Definição de Cuidados Paliativos.....	14
1.2- Estádios em Cuidados Paliativos.....	16
CAPITULO II – O SOFRIMENTO.....	20
1 – O SOFRIMENTO.....	21
1.1– As Causas do Sofrimento.....	25
1.2 -Implicações Terapêuticas na Abordagem do Sofrimento.....	28
CAPITULO III – IDOSOS.....	30
1- PALIAÇÃO NOS IDOSOS.....	31
1.1-Critérios para Cuidados Paliativos.....	32
1.2-Idoso Institucionalizado.....	37
1.2.1-Dependência, Depressão e Ansiedade no Idoso.....	40

### PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – OBJETIVOS E METODOLOGIA.....	45
1 – OBJETIVOS DO ESTUDO.....	46
1.1– Objetivo Geral.....	46
1.2- Objetivos específicos.....	46
2 – METODOLOGIA.....	48
2.1- Desenho de Investigação.....	48
2.1.1- Tipo de Estudo.....	48
2.1.2 – População e Amostra.....	49
2.1.3 - Método de Colheita de Dados.....	50
2.1.4– Instrumento de Colheita de Dados.....	50
2.1.5– Tratamento Estatístico dos Dados.....	58
CAPITULO V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	60
CAPITULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	76



<b>CAPITULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>92</b>
<b>1 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>93</b>
<b>2 – CONCLUSÕES.....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>97</b>

## **ANEXOS**

**Anexo 1 – Instrumento de Colheita de Dados**

**Anexo 2 – Consentimento Informado**

**Anexo 3 – Autorização das Instituições**

## **ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS**

Quadro 1 – Conceptualização em Cuidados Paliativos.....	17
Gráfico 1 – Percentagem da amostra segundo a dependência.....	66
Gráfico 2 – Sensibilidade e Especificidade do Termómetro do Sofrimento.....	88
Gráfico 3 – Sensibilidade e Especificidade do AME.....	89

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Modelo de intervenção integral no sofrimento.....	22
Figura 2 – Visão integral do sofrimento.....	24
Figura 3 – Causas do sofrimento.....	25
Figura 4 – Sofrimento Total.....	26
Figura 5 – Visão moderna de Cuidados Paliativos.....	27
Figura 6 – Frequências relativas para as preocupações do AME.....	69

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1- Critérios de prognóstico de orientação em CP no idoso.....	33
Tabela 2 - Valores de alpha de Cronbach e correlações item-total para o IAG.....	55
Tabela 3 - Valores de alpha de Cronbach e correlações item-total para a GDS.....	57
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	61
Tabela 5- Estatística descritiva para o Tempo de Institucionalização e de Evolução da Doença.....	63
Tabela 6 - Frequências absolutas e relativas para as visitas.....	63
Tabela 7 - Frequências absolutas e relativas para o motivo de institucionalização.....	64

Tabela 8 – Frequências absolutas e relativas para as variáveis do acompanhamento em especialidade.....	64
Tabela 9 – Frequências absolutas e relativas para as variáveis do acompanhamento de outro tipo.....	65
Tabela 10 – Estatística descritiva para o Índice de Karnofsky, índice de Katz e MMSE.....	65
Tabela 11 – Frequências absolutas e relativas para o Índice de Karnofsky.....	66
Tabela 12 - Frequências absolutas e relativas de sujeitos por categoria de medicamento.....	67
Tabela 13 – Estatística descritiva para as variáveis que compõem o AME.....	68
Tabela 14 – Teste $t$ de Student relativo ao tipo de preocupações.....	70
Tabela 15 – Teste $t$ de Student relativo aos sinais externos.....	71
Tabela 16 – Estatística descritiva para as variáveis relativas à depressão, ansiedade e sofrimento.....	72
Tabela 17 – Frequências absolutas e relativas de sujeitos acima e abaixo do ponto de corte para IAG e GDS.....	72
Tabela 18 – Correlações (rho de Spearman) entre o AME e variáveis de caracterização demográfica.....	73
Tabela 19 – Teste $t$ de Student relativo ao género e acompanhamento em especialidade.....	73
Tabela 20 – Correlações (rho de Spearman) entre AME, Índice de Karnofsky e índice de Katz.....	74
Tabela 21 – Correlações (rho de Spearman) entre AME, IAG, GDS e Termómetro..	75
Tabela 22 – Teste $t$ de Student relativo à toma de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos.....	75
Tabela 23 – Ponto de corte para o Termómetro do Sofrimento.....	87
Tabela 24 – Ponto de corte para o AME.....	90
Tabela 25 – VPP e VPN do Mal- Estar Emocional.....	91

## INTRODUÇÃO

Este estudo desenvolve-se no segundo ano letivo, no âmbito do IV Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O alívio do sofrimento e a qualidade de vida constituem os objetivos principais dos cuidados paliativos. O conceito de sofrimento surge como um assunto central que deve ser prevenido, detetado e aliviado de forma integral. Os processos de avaliação e intervenção devem ter em conta a complexidade, multidimensionalidade e subjetividade dos sintomas e experiências que acompanham o sofrimento.

Na atualidade, o sofrimento do portador de doença incurável e a falta de adequação de cuidados para este tipo de doentes, começa a merecer mais atenção por parte dos nossos decisores políticos. Por todo o mundo, assiste-se a um conjunto de respostas, de acordo com a especificidade do sofrimento e respetivas necessidades, associadas aos denominados recursos específicos de cuidados paliativos (Capelas A, Neto I, 2006).

Através da revisão da literatura efetuada, na população portuguesa, desconhecesse a existência de instrumentos que se proponham avaliar o sofrimento emocional em idosos com patologia crónica. Em Espanha, Limonero e seus colaboradores (2012), desenvolveram um instrumento de Detecção de Mal-Estar Emocional (DME), que foi traduzido para português por Carqueja e Pinto em 2013. É considerado útil e de fácil utilização para a identificação do sofrimento emocional em doentes com patologia oncológica em fase avançada. Apesar de ter sido construído no âmbito oncológico, sugerem que, este instrumento seja útil para outro tipo de doentes em outro tipo de meios (por exemplo o domicílio), em contexto de saúde comunitária em doentes com patologia crónica.

Na Península Ibérica verifica-se um envelhecimento da população (INE, 2007). Atendendo a este fato, à proximidade geográfica, às semelhanças socio-culturais e à inexistência de um instrumento na literatura portuguesa, parece-nos pertinente a existência de um estudo que se proponha à validação do instrumento AME para a

população portuguesas. Assim sendo, afigura-se como objetivo principal deste estudo, a validação do instrumento AME, em idosos institucionalizados com doença crónica.

Viver com doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da própria vida, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências percebidas da doença e com o ajustamento à doença no âmbito das relações sociais (Paúl C, Fonseca A, 2001).

Assim, além da validação do instrumento AME, pretende-se examinar a relação entre mal-estar emocional e variáveis sociodemográficas, dependência, funcionalidade, depressão e ansiedade.

No sentido de concretizar os objetivos supracitados optamos por um estudo quantitativo, descritivo e transversal, com uma amostra 25 idosos institucionalizados, no período de Abril a Maio de 2014.

Para melhor compreensão desta temática, o presente trabalho divide-se em duas partes. A primeira parte dedica-se à revisão da literatura, na qual se descreve o quadro teórico de suporte à investigação, que é resultado da literatura exploratória de diferentes estudos de investigação, fundamentando a temática. A segunda parte é constituída por uma descrição fundamentada dos diferentes passos do processo de investigação, onde são apresentados, interpretados e discutidos os dados recolhidos.

Com os resultados obtidos, pretende-se que o instrumento seja utilizado para o *screening* do sofrimento emocional em idosos, para que estes possam receber cuidados apropriados á sua situação e em tempo útil.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **CAPÍTULO I – CUIDADOS PALIATIVOS**

## **1 - CUIDADOS PALIATIVOS**

Nas últimas décadas o nosso país, à semelhança de outros, está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizado por um aumento progressivo e acentuado da população idosa. Este envelhecimento da população revela-se como uma tendência positiva, ligada à maior eficácia dos serviços de saúde, ao progresso da ciência, a uma melhor intervenção no meio ambiente. Com o envelhecimento, a necessidade de Cuidados Paliativos aumenta, as patologias crónicas tornam-se comuns. Estas alterações na população indicam que os indivíduos necessitam de algum tipo de cuidados relacionados com estados terminais, pois com o aumento das doenças crónicas aumenta o nº de pessoas que vivem com os efeitos das doenças crónicas (WHO, 2004).

A prestação de cuidados a pessoas em fim de vida tem sido encarada como difícil e perturbadora, com o qual é difícil lidar. A sociedade atual considera a cura da doença o principal objetivo dos serviços de saúde. Desta forma, a impossibilidade de cura e a irreversibilidade da morte são consideradas um fracasso na área da medicina (DGS, 2005). Os cuidados paliativos surgem como uma “resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias” (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2006).

### ***1.1 – Definição de Cuidados Paliativos***

Cuidados paliativos são definidos pela World Health Organization (WHO) como “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.

Na definição de cuidados paliativos a WHO refere ainda que:

- “ Proporcionam alívio da dor e de outros sintomas que causam sofrimento;
- Afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural;
- Não tencionam acelerar ou protelar a morte;
- Integram os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados ao doente;
- Oferecem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viverem tão ativamente quanto possível até ao momento da morte (quer seja no domicílio ou numa instituição);
- Oferecem um sistema de suporte que ajuda a família (e os que lhe estão próximos) a enfrentar a doença do familiar e o seu próprio luto;
- Utilizam uma abordagem em equipa para gerir as necessidades do doente e família, incluindo aconselhamento no luto, se indicado (são portanto interdisciplinares);
- Irão aumentar a qualidade de vida, podendo igualmente influenciar positivamente o curso da doença;
- São aplicáveis numa fase precoce do percurso da doença, conjuntamente com outras terapias que têm o objetivo de prolongar a vida.

O principal objetivo dos Cuidados Paliativos é “assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família”, através do alívio dos sintomas, prestação de apoio psicológico, espiritual e emocional. (DGS, 2005)

Os cuidados paliativos em Portugal iniciaram-se, não por um programa governamental mas sim pelo interesse de alguns pioneiros em tratar a dor (Marques A, et al, 2009). Estima-se que a nível mundial menos de 8% dos que necessitam de cuidados paliativos a eles tem acesso e que em Portugal o número de camas satisfaça apenas 10% das necessidades. Estima-se também que existirão cerca de 62000 doentes com necessidade de cuidados paliativos (Capelas M, 2009).

As complicações do foro mental que mais se manifestam nos doentes com cancro são a depressão, a ansiedade e o delírio, sendo que são ainda mais prováveis de ocorrer quando o doente tem dor associada. Assim é importante para a qualidade de vida e conforto do doente avaliar e intervir nestas complicações (Massie M, Holland J, 1987).

Os cuidados paliativos desenvolvem-se em torno do sofrimento, a dignidade da pessoa, a satisfação das necessidades humanas e a qualidade de vida de pessoas com patologia crónica-degenerativa em fim de vida. Existe também uma preocupação com a família e os amigos, fazendo parte da unidade de cuidados, enfrentando o sofrimento da perda, potencial ou iminente dos seus entes queridos (Pessini L, Bertachini L, 2006).

## ***1.2– Estádios em Cuidados Paliativos***

No passado, os Cuidados Paliativos (CP) eram prestados particularmente em doentes com doença oncológica em fase avançada (Hall S et al, 2011). Com o desenvolvimento deste tipo de cuidados, por princípios éticos de justiça e equidade, doentes crónicos, com patologia progressiva e incurável foram incluídos no grupo que beneficiam com estes cuidados (APCP, 2006; Neto I, 2010). Destinam-se igualmente a pessoas com lesões crónicas e limitantes, resultantes de acidentes ou outras formas de trauma, doentes com demência em fase avançada, acidente vascular cerebral com grave incapacidade, que não são suscetíveis de recuperar (NCP, 2009).

As insuficiências avançadas de órgão (cardíaca, renal, hepática, respiratória, doença vascular periférica), a fragilidade, a SIDA em fase terminal, as doenças neurodegenerativas, as demências em fase final e a fibrose quística, também são situações que devem ter uma abordagem paliativa (APCP, 2006; NCP, 2009; Neto I, 2010).

APCP (2006) caracteriza as 4 fases paliativas da seguinte forma:

- Aguda: nesta fase surge de forma inesperada um problema ou agravamento dos problemas já existentes, que requer a alteração urgente do plano de cuidados;
- Em deterioração: agravamento gradual e esperado de problemas, sem a necessidade urgente de alterar o plano de cuidados;
- Terminal: o momento da morte é iminente, dentro de dias ou hora, e sem a previsão de qualquer intervenção aguda;
- Estável: todos os doentes que não correspondem a nenhuma das situações anteriores. Os problemas estão controlados de forma adequada.

O sofrimento vivenciado por estes doentes, caracterizado pela sua individualidade e complexidade, conduziu a tentativas na descrição da fase da doença terminal e dos níveis de complexidade. Esta classificação permitirá adequar e mobilizar recursos técnicos de forma mais eficaz, eficiente e efetivo. Müller-Busch conceptualizou quatro fases da prestação dos cuidados paliativos, segundo a fase clínica paliativa em que o doente se encontra (quadro 1):



Quadro 1 – Conceptualização em Cuidados Paliativos

	<b>Duração</b>	<b>Mobilidade</b>	<b>Intenção/Tratamento Paliativo</b>	<b>Princípios</b>
<b>Reabilitativa</b>	Meses/anos	Mantida	Restaurar autonomia; controlo sintomático	Possibilidade de tratamentos agressivos
<b>Pré-terminal</b>	Semanas/meses	Limitada	Qualidade de vida possível; controlo sintomático	Apoio social
<b>Terminal</b>	Dias/semanas	Maior parte do tempo acamado	Máximo conforto	Expetativas realistas; reduzir impacto da dor
<b>Final</b>	Horas/dias	Essencial/acamado	Cuidados ativos de conforto	Valorizar, aceitar, aliviar

**Fonte:** Müller-Busch HC. Comunicação Sedação Paliativa: o mesmo que eutanásia? Em III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos; 2004; Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Na atualidade, o sofrimento do portador de doença incurável e a falta de adequação de cuidados para este tipo de doentes, começam a merecer mais atenção por parte dos nossos decisores políticos. Por todo o mundo, assiste-se a um conjunto de respostas, de acordo com a especificidade do sofrimento e respetivas necessidades, associadas aos denominados recursos específicos de CP (Capelas A, Neto I, 2006).

Os avanços nos CP, a sua aplicação progressiva e com a integração de outras especialidades médicas, em 2002 a OMS, fez uma revisão na sua definição e complementou-a da seguinte forma: “uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”. Nesta definição, é integrado o conceito de

sofrimento como central, devendo ser prevenido, detetado e controlado de forma integral. As causas do sofrimento podem ser agrupadas em físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, sendo que os princípios dos CP derivam delas, tendo em conta que devem ser abordados de forma integral (Woodruff R, 2004). Esta perspetiva de compreensão do sofrimento segue as indicações de Cicely Saunders ao utilizar a designação de “dor total” (Saunders C, Baines M, 1983). Doyle e seus colaboradores definem cuidados paliativos como: “...is the care of patients with progressive, far-advanced disease and a short life expectancy, for whom the focus of care is the relief and prevention of suffering and the quality of life.”

Esta definição centra-se na qualidade de vida que o doente quer manter. É orientado para a pessoa e não para a doença. A visão é holística e o objetivo é abordar todos os problemas do doente, quer físicos quer psicossociais. Esta abordagem envolve uma equipa multidisciplinar. Independentemente da doença, do estado de evolução, dos tratamentos já efetuados, há sempre algo que pode ser feito para melhorar a qualidade de vida do doente.

As recomendações da APCP (2006) indicam que as orientações terapêuticas em CP assentam em princípios como:

- Afirmar a vida e aceitar a morte como um processo natural, não pretendem provoca-la, através da eutanásia, ou atrasa-la, através de uma obstinação terapêutica;
- O objetivo central é o bem-estar e qualidade de vida do doente, assim tudo deve ser disponibilizado de encontro a esta finalidade, sem recorrer a medidas agressivas que não tenham esse objetivo;
- Abordagem integral, global e holística do sofrimento dos doentes, que engloba os aspetos físicos, emocionais, psicológicos, sociais e espirituais – uma prestação de cuidados de saúde verdadeiramente interdisciplinar;
- Os CP são oferecidos com base nas necessidades e não apenas no prognóstico ou diagnóstico, pelo que o preconizado é que devem ser introduzidos em fases mais precoces da doença- qualquer que seja – quando outras terapêuticas, cuja finalidade é prolongar a vida, estão a ser utilizadas;
- A unidade recetora de cuidados é sempre o doente e família e não devem ser consideradas realidades desligadas, prolongando-se os cuidados pelo período de luto;

Para se alcançar o verdadeiro objetivo de prevenção e intervenção no sofrimento das pessoas com doença grave/incurável, os CP integram estratégias de controlo sintomático mas que vão muito além disso. No entanto, as equipas que não

desenvolvam intervenção no sofrimento através da comunicação adequada, quer com o doente quer com a família, e não desenvolvam um trabalho interdisciplinar, não praticam de fato, cuidados paliativos (APCP, 2006). Estas orientações terapêuticas são ferramentas que facilitam a deteção e alívio do sofrimento do doente e família. A sua aplicação integral é necessária para o doente em fim de vida na sua condição de maior vulnerabilidade.

O alívio do sofrimento é fundamental na medicina, principalmente nos doentes em fim de vida. Os significados e os medos são pessoais e individuais, portanto, em dois doentes com os mesmos sintomas, o sofrimento é diferente. Assim, o sofrimento para além de pessoal é individual o que pode dificultar o seu diagnóstico. Os profissionais de saúde devem atender às características pessoais de cada doente que sofre e compreender a natureza dessa pessoa. O sofrimento varia de intensidade e de duração, dependendo das particularidades da pessoa (Cassel E, 2009). Assim, sofrimento é caracterizado pela natureza de cada indivíduo, pelo significado atribuído às ameaças à sua personalidade. É uma experiência que abrange as dimensões físicas, espirituais, psicológicas, sociais e culturais da pessoa (Krikorian A, Limonero JT, Maté J, 2012).

Os doentes em fim de vida manifestam reações emocionais relacionadas com a ansiedade e depressão que causam sofrimento. Reações que podem ser normais, dada a situação e não necessariamente psicopatológica. As consequências e reações emocionais com maior frequência são:

- Ansiedade: manifesta-se através de angústia, medo e irritabilidade. A ansiedade manifesta-se de forma clara (tensão muscular, aumento da frequência cardíaca, pressão no peito, dispneia).

- Depressão: tristeza perante as perdas, apatia, baixa autoestima, sentimento de culpa, isolamento, passividade.

- Isolamento: aumento da sensação de inutilidade, conspiração do silêncio que se produz por um feedback negativo entre o doente e os que o rodeiam.

- Agressividade: que normalmente surge antes da frustração. É uma emoção que nem sempre é bem compreendida e tolerada pelos profissionais de saúde, pois não é fácil cuidar de um doente agressivo, que protesta por tudo e que não aceita os cuidados prestados (Fernández C, 2002).

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **CAPÍTULO II - O SOFRIMENTO**

## **1 - O SOFRIMENTO**

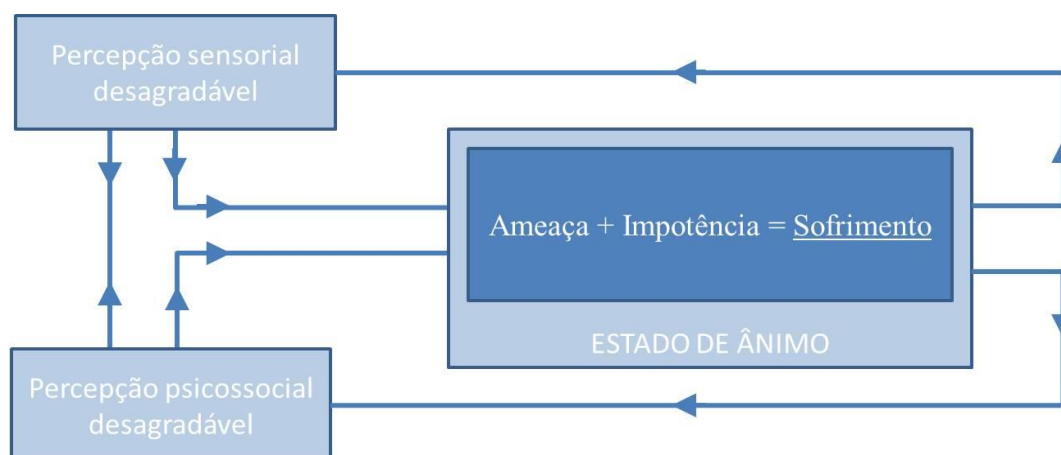
O sofrimento ocorre frequentemente no contexto de patologias crônicas e progressivas com grande intensidade em doentes em fim de vida (Krikorian A, Limonero JT, Maté J, 2012). O sofrimento é um estado vital especial, é uma forma de angústia que está presente nas pessoas. Este sofrimento aparece quando a fonte da angústia resulta da perda de integridade como pessoa mantendo-se até que esta volte a estar íntegra de uma outra forma (Cassel E, 2009). Assim, dor e sofrimento não são termos sinónimos. O conceito de sofrimento é mais amplo que a dor física e espiritual podendo ser considerado similar ao conceito de “dor total”. Nem todas as pessoas que tem dor sofrem e nem todas as que sofrem tem dor (Bayés R, 1998)

A dimensão do sofrimento tem características próprias: é pessoal, individual, implica um conflito interno e é solitário.

A sensação de ameaça e o sentimento de impotência são subjetivos. Portanto o sofrimento também o é. Assim, a valorização da ameaça faz-se sempre com referência ao futuro. No modelo de intervenção integral no sofrimento (Figura 1), a estimulação é uma situação experimentada pela pessoa como desagradável, em que a sua origem pode ser biológica (dor, dispneia), psicossocial (abandono, desprezo, sensação de perda, culpa), sendo percebida como uma ameaça para a sua integridade e bem-estar. Perante ameaça a pessoa avalia os recursos e sente-se impotente para a enfrentar, esta situação gera o sofrimento. Este sofrimento pode ser exacerbado por um estado de ânimo negativo, ou seja, o sofrimento pode intensificar o sintoma, o estado ou ameaça, o qual por sua vez, leva a uma falta de controlo sobre a situação e aumenta o sofrimento. Por outro lado, o sofrimento não ocorre no vazio ocorre numa pessoa com estado de ânimo concreto. Ansiedade, depressão e a hostilidade são fatores que o potenciam. Se estes fatores não estão presentes e o sofrimento mantém-se, pode levar com que situações de serenidade passem a ansiedade, depressão ou fúria (Bayés R et al,1996). Assim, trata-se de uma avaliação dinâmica da situação, suscetível de ser alterado em qualquer

momento, em função da avaliação da doença e da proximidade da morte (Maté J et al, 2009)

Figura 1 – Modelo de intervenção integral no sofrimento



Sofrimento é uma ameaça à integridade do ser, a impotência face a esta e a exaustão de recursos (psicossociais ou pessoais) para a enfrentar. É um estado complexo negativo, afetivo e cognitivo (Chapman GR, Gavrín J, 1993).

O elemento chave para compreender as respostas emocionais nas pessoas em fim de vida, não é a presença de determinados sintomas, físicos, sociais, psicológicos ou espirituais, mas sim o significado que o doente atribui a ameaça que cada um gera (Maté J et al, 2009).

*“Suffering is experienced by persons, not merely by bodies”*, pode incluir dor física mas não está limitado a ela. A falha na compreensão da natureza do sofrimento pode conduzir a tratamentos médicos que além de não o aliviarem tornam-se numa fonte de sofrimento (Cassel E, 1982).

Tal como indica Bayés (1998), o sofrimento do doente terminal é uma experiência individual, subjetiva e que depende do grau de ameaça que representam os problemas experienciados ao longo da etapa final de vida.

A partir desta conceptualização e dos dados que a apoiam Bayés (1998) sugere uma série de intervenções terapêuticas com o objetivo de aliviar o sofrimento:

1 – Identificar os sintomas ou situações (biológicas, cognitivas e ambientais), que são uma ameaça importante para o doente.

2 – Eliminar ou aliviar esses sintomas. Esta fase traduz-se pelo “controle de sintomas”, executado pela equipa multidisciplinar, em especial, aqueles sintomas que são causa de preocupação para cada doente, que integra os sintomas psicossociais e espirituais que podem estar na origem do sofrimento. Contudo, se não é possível eliminar, dever-se-á amenizar a ameaça representativa para o doente, aumentando a sua perceção de controlo sobre a situação.

3 – Descobrir quais são os recursos do doente, com o objetivo de diminuir, eliminar ou prevenir a sensação de impotência.

4 – Se o doente no seu estado emocional apresenta características de ansiedade e depressão, será necessário utilizar técnicas específicas que sejam adequadas, (sejam elas medicamentosas e/ou psicológicas) de forma a controlá-las.

5 – Sempre que seja possível, não se deve tratar apenas de eliminar ou paliar o sofrimento, mas sim de elevar a satisfação, proporcionando, na medida do possível, alegria e vontade de viver com intensidade o presente, o que indiretamente, contribuirá para remover as ameaças futuras já que ambas as vivências são incompatíveis.

Na visão integral do sofrimento, os eventos tanto internos como externos afetam a pessoa (entendida como um todo integrado de aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais) são percebidos (figura 2). Em simultâneo, e movidos pela emoção, os processos de regulação, estratégias de *coping*, de cada uma das dimensões são ativados. Cada evento é percebido como um desafio e se os recursos utilizados para os processos regulatórios são suficientes então dá-se o *Eustress*. Por outro lado, o *Distress* ou mal-estar emocional dá-se quando o evento é percebido como ameaçador e os processos regulatórios não são suficientes para adaptação. Os sucessivos resultados das estratégias de *coping* são redirecionados para a pessoa, estabelecendo-se assim um processo dinâmico de dupla via. Com o tempo, este processo pode resultar numa adaptação, em que ameaça diminui e os processos de regulação fortalecem-se. Pelo contrário, o sofrimento ocorre quando a perceção da ameaça implica um perigo para a integridade pessoal, uma vez que os recursos e processos de regulação são insuficientes, conduzindo ao esgotamento (Krikorian A, 2012).

Figura 2 – Visão integral do sofrimento

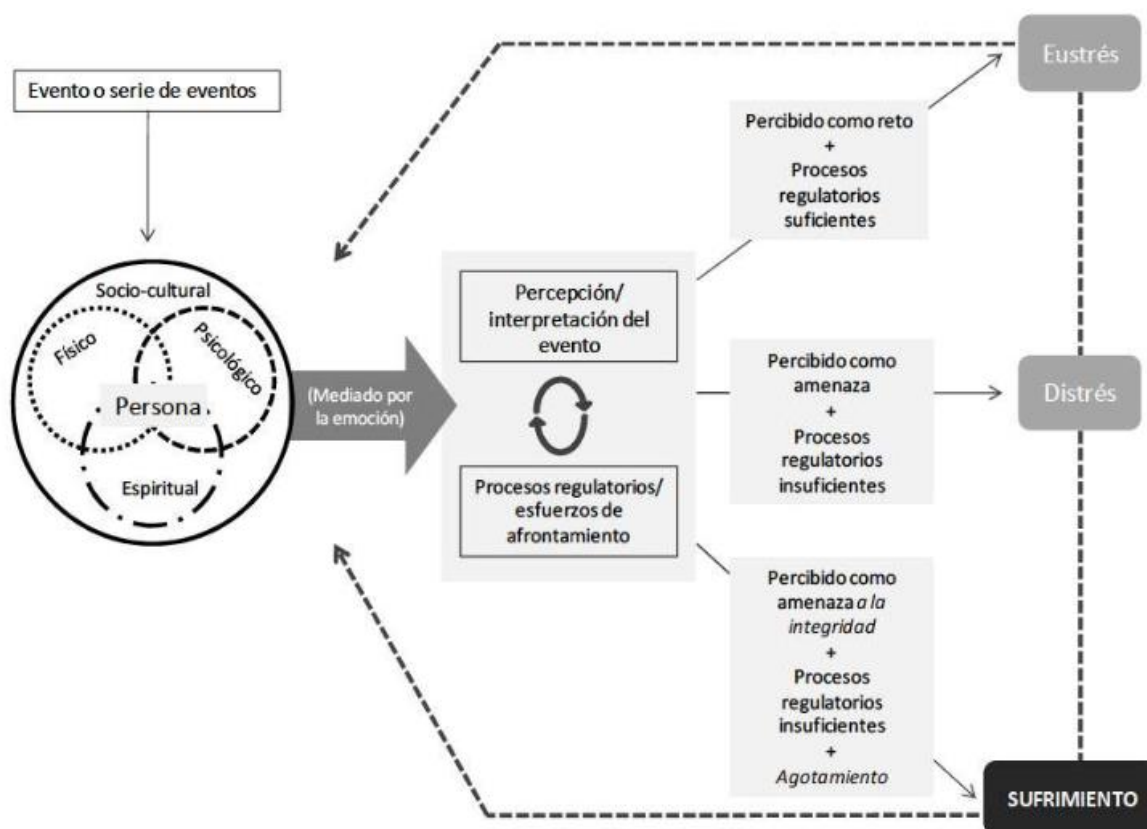


Figura retirada de: Krikorian A: Factores que contribuyen ala experiencia de sufrimiento en enfermos com cáncer en situación avanzada/terminal que reciben cuidados paliativos. Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. 2012

As experiências de vida, as crenças e valores, as estratégias de coping, as influências culturais e sociais e as variáveis específicas do contexto devem ser tomadas em conta, visto que, cada pessoa atribui o seu significado aos eventos. Assim, é importante valorizar as características objetivas dos acontecimentos mas também o significado pessoal naquele momento, já que é este que indica o nível de ameaça percebida (Bayés R, Limonero, 1999)



### 1.1 - As Causas do Sofrimento

Partindo da visão integral do sofrimento, facilmente podemos concluir que as causas do sofrimento são variadas. Para além de serem variadas, são múltiplas, diversas, dinâmicas, sincronizadas e têm um efeito aditivo.

O sofrimento pode ser definido como a angústia associada a eventos que ameaçam integridade da pessoa. Na prática clínica, é útil ter uma classificação simples de sofrimento, de modo a que os problemas complexos apresentados pelos doentes possam ser detetados, a fim de proporcionar a palição abrangente e alívio do sofrimento. As causas do sofrimento podem ser agrupadas em: físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais (figura 3). Para os doentes com patologia avançada, o sofrimento pode resultar de uma ou de várias causas com efeitos aditivos. O termo Sofrimento Total, “*Total Suffering*”(figura 4), é utilizado para descrever a soma do sofrimento do doente, que deve ser abordado em CP.

Figura 3 – Causas do sofrimento

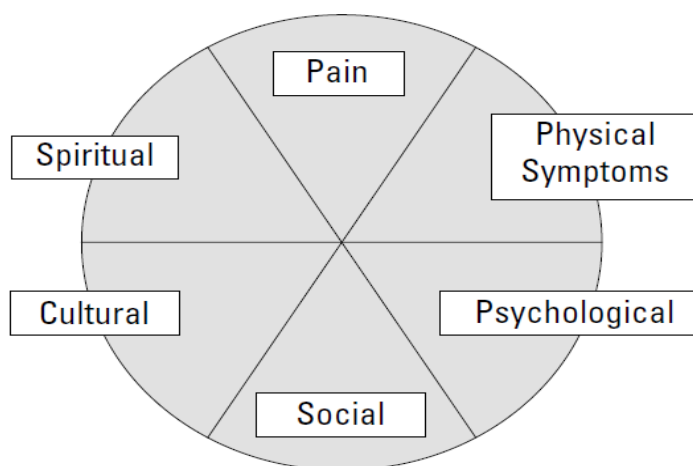
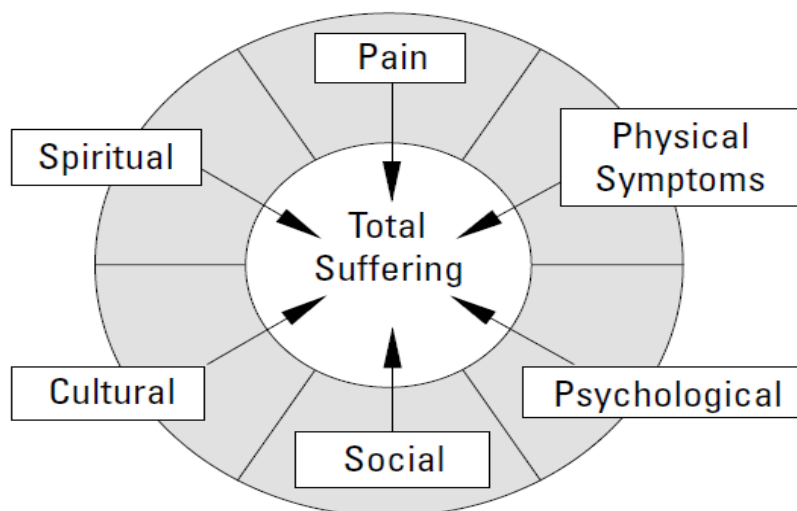
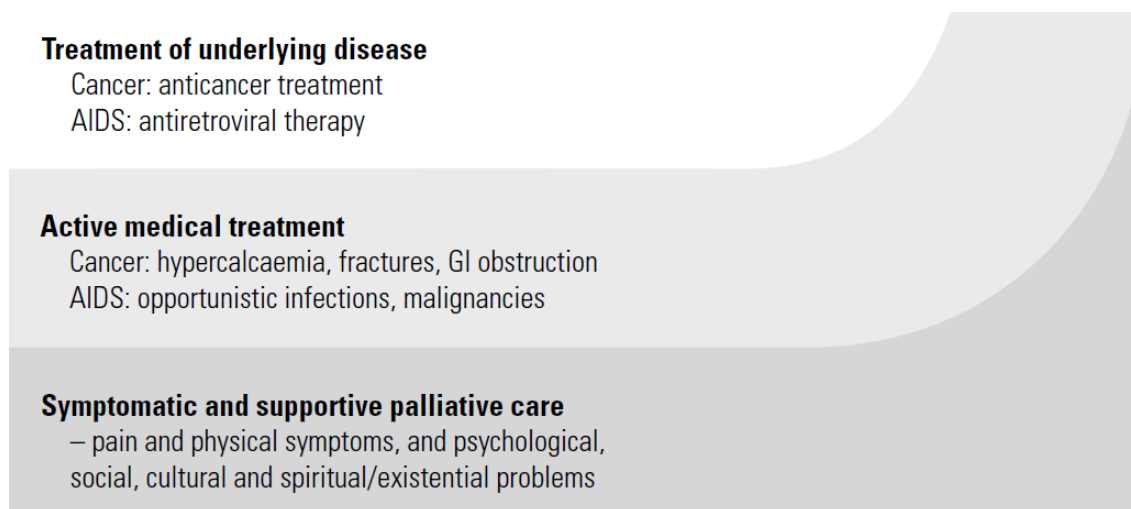


Figura 4 – Sofrimento Total



Os vários aspetos do sofrimento são interdependentes. Quando um problema não é tratado ou não é resolvido e é a causa do sofrimento pode causar ou exacerbar outros aspetos do sofrimento. Ou seja, se a dor, não é valorizada, não é aliviada, pode causar ou agravar os problemas relacionados com qualquer uma ou todas as outras causas de sofrimento. Esta inter-relação é de extrema importância, visto que, todas as componentes do sofrimento se influenciam e portanto se a dor não é aliviada, o sofrimento não é tratado com sucesso. Por outro lado, a dor pode ter origem ou ser agravada por problemas relacionados com as outras causas de sofrimento. Assim, nenhuma terapêutica analgésica, embora bem prescrita, irá aliviar a dor do doente, enquanto os outros aspetos do sofrimento não forem abordados irão agravar o problema da dor (Woodruff R, 2004). É neste contexto que se insere a visão moderna de Cuidados Paliativos (Figura 5).

Figura 5 – Visão moderna de Cuidados Paliativos



Os princípios e práticas multidisciplinares dos CP devem ser iniciadas no momento em que o doente apresenta sintomatologia de doença ativa, progressiva e incurável e nunca devem ser suspensos mesmo que tenham sido tentados todos os tratamentos para a doença de base. Os Cuidados Paliativos são complementares ao tratamento ativo da doença. Devem ser integrados muitos antes da fase terminal da doença em simultâneo com os outros cuidados. É uma abordagem holística que engloba todos os aspetos do doente em sofrimento, sendo um requisito para uma palição eficaz, embora muitas vezes inexistente na medicina orientada para a doença e não para o doente (Woodruff R, 2004).

Uma investigação realizada por Chochinov e seus colaboradores (2009), com 253 doentes que seguiam o programa de CP (Canadá), conclui que as preocupações são expressas de forma geral e global e não em concreto e particular, existindo uma dinâmica quer na sua apresentação quer no seu grau de ameaça. Conclui, que as maiores preocupações dos doentes se centravam na incapacidade de concretizar as rotinas diárias, sintomas não controlados, na incapacidade de manter os seus papéis na

sociedade e no sentimento de pessoa distinta do que era e de não serem capazes de concretizar as AVD's.

## ***1.2 – Implicações Terapêuticas na Abordagem do Sofrimento***

Os doentes e as famílias manifestam inúmeras necessidades e diferentes níveis que variam constantemente. Assim, a abordagem deve ser personalizada e orientada para o doente-família sendo o cuidado direcionado para o alívio do sofrimento.

A visão integral do sofrimento, descrita anteriormente, engloba uma série de implicações terapêuticas. Cada situação deve ser avaliada individualmente e em particular e inclui (Krikorian A, Limonero JT, 2012):

- Aspectos biográficos: as experiências que moldam cada pessoa como um ser único e que determinam a percepção dos eventos e acontecimentos. Assim, a compreensão de experiências prévias ao sofrimento e como a pessoa as enfrenta pode ajudar a facilitar a adaptação no contexto da doença, em fim de vida e diminuir o sofrimento.

- Aspectos biológicos e físicos: os sintomas físicos podem trazer sofrimento, mas o sofrimento não resulta necessariamente de uma lesão física. Estão direta ou indiretamente relacionados com a doença assim como o seu funcionamento. Perante o sofrimento, desenvolvem-se processos físicos orientados para a auto regulação, para a recuperação do equilíbrio perdido, para adaptação. É importante favorecer o equilíbrio do organismo e o controlo de sintomas, assim como a diminuição da ameaça dos mesmos.

- O contexto cultural, social e familiar: o meio que envolve o doente influencia a sua resposta perante a doença, da mesma forma que, o doente influencia as respostas dos outros, o sofrimento percebido nos outros pode aumentar no doente, constituindo um processo recíproco e de retroalimentação. Considerar a complexidade das influências culturais e sociais em fim de vida e incorporar a participação ativa da família e cuidadores, constituem fatores essenciais para a diminuição do sofrimento e o alcance de melhores respostas terapêuticas.

- Aspectos psicológicos: as crenças, interpretações e significados atribuídos à experiência da doença, as respostas emocionais e a forma como as encaramos fazem

parte dos aspetos psicológicos. Com o objetivo de preservar a dignidade e otimizar o cuidado ao doente, é essencial conhecer a pessoa, as suas crenças, o significado que atribui à doença e as suas consequências, tal como, as suas emoções durante o processo, o que potencia a utilização de recursos e estratégias para enfrentar a situação.

- Aspetos espirituais: é definido como a humanidade busca e expressa o sentido e propósito. Através desta dimensão, a pessoa experimenta uma conexão com o momento, o ser, os outros, a natureza e aquele que é significativo ou sagrado. Abordar esta dimensão, fomentar o bem-estar espiritual, a busca do sentido na experiência, pode levar a uma maior adaptação e ajuste, uma vez que promove a dignidade da pessoa.

- Tempo e progressão da doença: assim como outras variáveis externas como o acesso aos serviços de saúde, e as condições socioeconómicas. O seu impacto pode ser positivo ou negativo, dependendo do resultado particular e da interação das variáveis. Portanto, torna-se importante avaliar momento a momento as necessidades do doente e família, pois, o progresso da doença pode trazer uma grande variabilidade do estado geral da pessoa, novas preocupações e necessidades.

O sofrimento em fim de vida é uma experiência individual, subjetiva e que depende do grau de ameaça que representam os problemas experienciados ao longo desta etapa. Sempre que seja possível, não se deve tratar apenas de eliminar ou paliar o sofrimento, mas sim de elevar a satisfação, proporcionando, na medida do possível, alegria e vontade de viver com intensidade o presente, o que indiretamente, contribuirá para remover as ameaças futuras já que ambas as vivências são incompatíveis (Bayés, 1998).

O modelo interdisciplinar pode trazer melhores resultados que um multidisciplinar, com o objetivo de alcançar uma abordagem que inclua as variáveis descritas anteriormente e favorecer a participação ativa da família e dos cuidadores dentro da equipa do cuidado. Pois, permite a valorização em simultâneo das diferentes dimensões que convergem na situação da doença e por outro, porque favorecem um planeamento integrado na abordagem o qual terá um impacto no uso efetivo do tempo, dos recursos e dos esforços terapêuticos (Krikorian A, Limonero JT, 2012).

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **CAPÍTULO III - IDOSOS**

## **1 - PALIAÇÃO NOS IDOSOS**

A característica básica dos seres vivos é a sua capacidade de se adaptar às constantes transformações. O envelhecimento não é sinónimo de doença, nem de cuidados paliativos, mas significa uma redução na capacidade do organismo em se adaptar a novas situações, principalmente as que causam grande sofrimento (Álvarez EL, Zaragoza JÁ, s/d).

Na sociedade moderna existem vários mitos e estereótipos relativamente aos idosos, os quais, podem conduzir a uma desvalorização da sua reabilitação e do cuidado aos mesmos. Esses mitos, dizem respeito a: maioria dos idosos é senil e infeliz; no trabalho, não são tão produtivos quanto os jovens; a maioria dos idosos é doente e tem necessidade de ajuda nas suas necessidades quotidianas; os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar; todos os idosos se assemelham, estão isolados e sofrem de solidão (Berger L, Mailloux-Poirier D, 1995).

Estes mitos, apesar de terem sido identificados há vários anos, permanecem ainda atualmente, devido ao desconhecimento existente sobre o processo natural do envelhecimento, facto que conduz a uma transmissão de ideias falsas. As falsas perceções e atitudes da sociedade face ao envelhecimento condicionam a imagem que os próprios idosos têm de si e de todo o processo de envelhecimento (Santos P, 2002).

O ser humano enfrenta a idade avançada com angústia. Contudo, existe uma forma específica de trabalhar quando se trata de idosos que é chamado o acompanhamento na desvinculação, ou seja, admitir que nem tudo é reparável e reconstruível. Existe portanto uma desvinculação física, psíquica e social. Assim acompanhar, significa “acompanhar o trabalho de envelhecer”. Aquele que envelhece ensina o que o acompanha neste processo. Desta forma, é um trabalho de compreensão, uma fonte de enriquecimento recíproco. O autor sugere que neste processo de acompanhamento, o aprender, enriquecer-se são medidas que os profissionais podem utilizar para evitar o burnout (Puijalon B, 2009).

A idade não pode ser critério para se considerar que se trata de uma situação terminal. Existem princípios éticos fundamentais relacionados com idade avançada e que dizem respeito a: individualidade, o direito de participar em todos os benefícios sociais e de saúde e o direito à informação e a tomar decisões. Em todo o caso, o doente idoso terminal tem direito a morrer com dignidade. Os profissionais de saúde têm de se esforçar para atingir esse objetivo, evitando adotar medidas de diagnóstico e tratamento quando estas causam sofrimento, aliviando a dor e sofrimento tendo por base uma comunicação terapêutica (Gonzável A, Dueñas M, s/d ).

Os CP no idoso não diferem na sua filosofia dos doentes mais jovens, mas, existem algumas particularidades inerentes as características dos idosos. Há uma maior proporção de doenças crónicas que provocam incapacidade. Contudo, o objetivo é igual ao dos jovens: melhor qualidade de vida tanto para o doente, como para os familiares e cuidadores. Sendo que os principais componentes que incidem sobre a qualidade de vida são: o controle de sintomas; melhoria da situação funcional; melhoria da situação afetiva e cuidados na área social (família, cuidadores) (Álvarez EL, Zaragoza JÁ, s/d).

### ***1.1 – Critérios para Cuidados Paliativos***

A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL) distingue nos idosos dois grupos, os oncológicos e os não oncológicos. A incidência de cancro aumenta com a idade (segunda causa de morte em maiores de 65 anos), se adicionarmos a isso o atraso em consultas para realizar diagnósticos em fases precoces, assim como aplicação de menos tratamentos curativos, encontramos uma maior proporção de doentes em situação de cuidados paliativos. Existem outras patologias, não oncológicas e com maior prevalência nos idosos, que conduzem à morte do doente de forma direta ou por complicações indiretamente relacionadas com a doença, tais como:

- Doença neurológica degenerativa (Demência, doença Parkinson)
- Doença cerebrovascular
- Doenças respiratórias crónicas
- Cardiopatias
- Hepatopatias



- Insuficiência Renal Crónica avançada
- Imobilidade irreversível

Nos idosos com doenças não oncológicas a evolução da doença é mais lenta, sendo mais difícil estabelecer um prognóstico sendo que o risco de erro é elevado. Os critérios de prognóstico devem ser apenas de orientação (Tabela 1), o que deve ser valorizado são as características de apresentação das patologias do idoso, já referenciadas anteriormente. A apresentação clássica não é suficiente, é necessário uma avaliação geriátrica como ferramenta fundamental para o cuidar nos idosos. Sendo que, esta avaliação deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de estabelecer e monitorizar um plano individualizado (Álvarez EL, Zaragoza JÁ, s/d).

Tabela 1 – Critérios de prognóstico de orientação em CP no idoso

<p>Doença respiratória crónica: FEV «30% do valor previsto</p> <p>Deterioração funcional grave não recuperável (índice de Barthel« 20; Índice de Katz: F,G)</p> <p>Demência estado clínico severo</p> <p>Insuficiência Cardíaca Grau IV da NYHA</p> <p>Doença de Parkinson: Estadio V de Hoehn y Yahr</p> <p>Hepatopatia crónica estadio C de Child</p>
---

Doenças crónicas não-neoplásicas que requerem cuidados paliativos:

- DPOC
- Insuficiência Cardíaca
- Doenças degenerativas do SNC: Doenças Cerebrovasculares, Demências e Parkinson
- Insuficiência Hepática: Encefalopatia hepática – ascites intratáveis
- Insuficiência Renal
- SIDA
- Fraturas por Osteoartrite e imobilização
- Caquexia – é uma síndrome muito presente nesta faixa etária

O que distingue os doentes idosos dos outros em CP:

- Alterações fisiológicas devido ao envelhecimento
- Declínio das funções sensoriais
- Coexistência de múltiplas patologias crónicas e polimedicação
- Maior dificuldade na comunicação devido a coexistência de um processo demencial ou défices sensoriais
- Diferenças na farmacocinética comparando com indivíduos jovens
- Os problemas sociais e económicos nos idosos em países em desenvolvimento
- Insuficiente ou inadequado tratamento médico e gestão da medicação
- Maior carga emocional e económica para os membros da família

Nos CP ao idoso o processo normal do envelhecimento deve ser considerado durante todo o acompanhamento. Os idosos têm um decréscimo de massa muscular e uma redução de volume extracelular o que aumenta o risco de desidratação, falha renal e náuseas, o que pode conduzir a uma dificuldade em providenciar uma hidratação e nutrição adequada por via oral. O envelhecimento da pele torna o idoso muito vulnerável ao desenvolvimento de úlceras de pressão e infeções sendo ainda maior em idosos com mobilidade reduzida por fraturas, demência, Parkinson.

As doenças crónicas avançadas que conduzem à falha de órgãos (fígado, coração, cérebro, pulmões, rins), tal como as metástases, conduzem a um quadro de prostração e astenia. Os sintomas que se encontram em doentes oncológicos, também estão presentes em doentes com órgãos em falência, tal como síndrome de anorexia-caquexia, náuseas e vómitos, ansiedade e depressão (Nervi B, et al, 2004).

Os doentes com DPOC, seguidos em consulta de medicina paliativa apresentam variadas co-morbilidades e doenças severas. Nos sintomas apresentados, a dor é menos prevalente, a dispneia e a fadiga é a mais prevalente. Muitos dos sintomas físicos e psicológicos não foram controlados até os doentes serem seguidos nesta especialidade (Schroedl C, et al, 2014).

Os idosos tendem a sofrer de uma série de sintomas crónicos, incluindo a dor, fraqueza, depressão e fragilidade que está associada à dependência dos outros e ao aumento da mortalidade (Ladha BA et al 2013).

Di Giulio e seus colaboradores (2008), realizaram um estudo em que pretenderam descrever os últimos 30 dias de vida de idosos com demência severa residentes em lares e concluíram que existe uma atenção adequada no tratamento da dor

como causa de sofrimento físico, sendo que é evidenciado pela administração de analgesia, especialmente de opióides.

Os resultados deste estudo sugerem que os doentes com demência severa em fim de vida não são considerados como doentes terminais, e portanto não são integrados na filosofia dos CP. Isto implica que, prevalecendo os tratamentos não paliativos em que os casos severos de demência são tratados como doentes hospitalizados, os lares se equiparem a hospitais obrigando uma reorganização deste tipo de instituições, sendo que, aumentam de forma insustentável os custos com os tratamentos sem necessariamente melhorar a qualidade de vida ou a sobrevivência (Di Giulio P et al 2008).

É necessário mais investigação nos idosos de forma a determinar o seu ponto de vista de como os CP devem ser prestados assim como o seu ponto de vista sobre a morte e o processo de morte. O controle de sintomas, assim como o apoio social, são de extrema importância para a qualidade de vida. A gestão dos problemas de saúde pode ser mais complexa do que, por exemplo, em doentes jovens oncológicos, podendo assim ser benéfico vê-los de uma abordagem ainda mais holística. A percepção da aproximação da morte dos idosos e o medo de morrer, aumentam a exigência nos cuidados de enfermagem que incluem, debater essas questões e compreender quais os seus maiores interesses. De acordo com a filosofia dos CP, ajudar a manter as relações com seus entes queridos é provavelmente o maior desafio e não pode ser encarado com regras simples tais como “ninguém deve morrer sozinho”. Isto deve ser concretizável, mas a situação é mais complexa. Os idosos apresentam grandes variações de desejos e de preocupações, o que sublinha a importância do diálogo sobre os seus desejos e sobre a sua percepção da morte de forma a prestar bons cuidados em fim de vida (Hallberg IR, 2006).

A qualidade da morte foca-se na experiência transitória do processo e na manutenção da identidade através da morte. Assim, a morte não pode ser encarada como um ponto singular no tempo. Quando este tipo de identificação acontece, perde-se a oportunidade de palição. Com aproximação da morte a identidade do doente deve ser mantida de forma assegurar a qualidade desta.

A falha no reconhecimento da proximidade da morte causa hospitalizações inapropriadas em idosos em fim de vida. Os investigadores do estudo encontraram como preditores de mortalidade em seis meses: admissão no lar superior a três meses; perda de peso não intencional nos últimos três meses, insuficiência renal, insuficiência

cardíaca crónica, falta de apetite; sexo masculino; desidratação; dispneia; diagnóstico de cancro, idade, habilidades cognitivas deterioradas nos três últimos meses, pontuação baixa nas AVD's (Porock et al, 2010).

A análise dimensional dos CP nos lares revelam um fenómeno complexo, contextual e relativamente inexplorado (Trotta RL, 2007).

Os resultados de uma investigação que avaliou a perceção dos cuidados em fim de vida no lar pelo staff (enfermeiros, médicos, auxiliares) indicam elevada confiança nos cuidados prestados a idosos em fim de vida, incluindo aspetos comunicacionais, trabalho em equipa e utilização de documentação. Contudo, isso foi muitas vezes contrariado pelas suas respostas por escrito. Identificaram seis elementos que nas suas opiniões influenciam os cuidados em fim de vida dos idosos: a naturalidade da morte, o carater do cuidado, trabalho e comunicação em equipa, resposta emocional, conhecimento e organização ambiental (Marshall B et al, 2011).

Os idosos institucionalizados apresentam um declínio cognitivo superior aos idosos na comunidade, sendo que as razões para este declínio não são claras, mas podem ser relacionadas com os efeitos físicos e psicológicos da institucionalização. Utilizando como ferramenta o MMSE para avaliação do estado cognitivo, os idosos institucionalizados, apresentam um declínio cognitivo após a institucionalização, sendo que este declínio aumenta a cada ano que passa (González-Colaço H, et al, 2014).

Não é a institucionalização dos idosos que influencia a sua saúde mental, mas a qualidade do acompanhamento que é realizado nestas instituições. Assim, é necessário agir de forma preventiva de modo a fomentar a prática e o desenvolvimento de atividades de lazer, visto ser um fator de crucial importância. O lazer para além de contribuir para um melhor estado de espírito, pode também, ser um adjuvante para minimizar os efeitos do envelhecimento (Almeida L, Quintão S, 2012).

Não existe nenhum sintoma que ocorra em todos os doentes idosos e os que ocorrem tem diferentes graus de preocupação para cada um. Isto leva a enfatizar ainda mais a necessidade de uma avaliação individual de cada idoso em fim de vida uma vez que esta fase é diferente de pessoa para pessoa. Os seguintes dados apoiam a hipótese de que o sofrimento não vem de si mas da interpretação da situação: a proximidade da alta hospitalar é um fator de bem-estar para uns doentes e uma preocupação para outros (Muñoz G, Martín M, 2008).

Numa investigação realizada por Gómez-Batiste e seus colaboradores (2014), com o objetivo de estudar a prevalência e as características dos doentes com patologia

crónica avançada e com necessidade de Cuidados Paliativos, na população em geral, identificaram 1064 (2,1%) sujeitos com doença crónica avançada (amostra constituída por 51595 indivíduos). Nos indivíduos com doença crónica avançada constataram uma média de idade de 81,3 anos, sendo maioritariamente constituída pelo género feminino (64,5%). Desses 1064, 785 sujeitos tem critérios para cuidados paliativos, 31,1% com fragilidade em fase avançada, 23,4% com demência, 12,9% com cancro. Apenas 15,5% foram identificadas previamente com necessidade de Cuidados paliativos.

### ***1.2 - Idoso Institucionalizado***

Não é objetivo deste trabalho desenvolver uma revisão da literatura muito aprofundada sobre qual a institucionalização e qual a melhor alternativa para os idosos, mas apenas realçar algumas características dos idosos institucionalizados.

A população de indivíduos com 65 ou mais anos de idade, em Portugal e segundo os Censos de 2011 é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total (INE, 2012). Desta forma, é previsível que num futuro próximo se intensifiquem duas situações que já se observam que dizem respeito por um lado, a um aumento de doenças que surgem com a idade (doenças cardiovasculares, demências e doenças neurodegenerativas), por outro, o aumento de doenças como a diabetes, hipertensão. Esta última relacionada com a melhoria nos cuidados de saúde, a primeira relacionada com o aumento da longevidade. Desta forma, a sociedade está em constante evolução e as problemáticas vão variando segundo as mudanças de necessidades e interesses da população. O envelhecimento das sociedades é um desses problemas, e está a provocar reajustamentos nas estruturas sociais e no seu modo de vida (Paúl C, 1997). Atendendo á estrutura familiar moderna e as exigências sociais, o idoso, na maior parte dos casos, terá que optar por uma instituição para residir. Em geral, o idoso perde a potencialidade para a realização das suas atividades, principalmente a ocupação diária, e devido às condições sociais, nomeadamente a falta de apoio da família, muitos idosos são colocados em instituições. Esta opção, pode não significar a solução de sucesso e garantia de bem-estar. A esta mudança associa-se a necessidade de um processo de adaptação para que o idoso beneficie de uma velhice bem sucedida (Lemos AG, 2006).

É de referir que o envelhecimento humano não é só um problema demográfico, é sobretudo um fenómeno mais complexo que envolve aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos. Assim, a reestruturação dos sistemas de reforma, os regimes de apoio social e o aumento das instituições são indicadores da preocupação e adaptação social ao fenómeno do envelhecimento.

Todas as definições que se possam dar nunca serão suficientes para dizer o que na realidade é ser idoso. Contudo existe a necessidade de definições para nos entendermos na comunicação. A OMS classifica como idoso a pessoa com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade, em países em desenvolvimento (Imaginário C, 2004). Neste trabalho, referimo-nos a uma pessoa idosa para designar indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, pois é nesta idade que começam a intensificar as maiores alterações físicas, psicológicas e sociais mais significativas (Cabete DG, 2002).

Na sociedade, associa-se a palavra velho a uma conotação negativa e depreciativa, o que leva a que se utilize a palavra idoso. No entanto, para Zimerman (2000) e para os filósofos do passado a expressão velho não é depreciativa, mas até carinhosa, pois velho é sinal de experiência, de sabedoria, de reconhecimento.

A forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento (Paúl C, 1997).

Portanto, envelhecer é transitar para uma nova etapa da vida, que deve ser encarada de forma positiva, saudável e proactiva. “Velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível a doenças” (Zimerman GI, 2000)

Institucionalização do idoso significa que, por qualquer motivo, este permanece durante o dia ou parte dele numa instituição. Quando a sua estadia se prolonga pelas 24 horas, designa-se por idoso institucionalizado residente (Jacob L, 2002).

O objetivo do cuidar deve considerar as necessidades básicas do ser humano, mediante um conjunto de ações e medidas deliberadamente planeadas, resultantes de perceção, observação e análise do comportamento, da situação ou condição do ser humano. Necessidades essas que são comuns a todos os idosos, sendo diferenciadas apenas pelo modo de como se manifestam e a maneira de satisfazê-las (Horta WA, 1979). Muitas das teorias sobre o cuidado humano, relacionam a enfermagem à ciência do cuidado, entretanto, é inegável que na ótica do senso comum, este cuidado pode ser

exercido por uma gama de seres humanos, seja no âmbito da família e da comunidade ou em instituições de abrigo e/ou de saúde (Orem DE, Taylor SG, 1986).

Um aspecto fundamental no cuidado ao idoso é o respeito pelos significados que a pessoa idosa tem sobre si mesma, no que se relaciona ao seu autocuidado. Os profissionais devem ter como princípio que são os orientadores para a promoção do cuidado ao idoso. Mas, essa consciencialização dos cuidadores formais só se tornará possível, quando possuírem esses conhecimentos, quer seja através da sua formação ou na prática durante o ato de cuidar por meio da educação permanente (Lenardt MH et al, 2006).

O cuidar é uma atividade que vai muito além do atendimento às necessidades básicas de cada ser humano, no momento de fragilidade. Cuidar é uma atitude que envolve também autocuidado, autoestima, autovalorização. Geralmente, o cuidado dos idosos é realizado por um sistema de suporte informal, que inclui família, amigos, vizinhos, membros da comunidade e, muitas vezes, é prestado voluntariamente e sem remuneração. A família predomina como alternativa nesse sistema de suporte informal. Mas, as famílias não possuem nenhum sistema de apoio do Estado, pois o sistema de saúde não está preparado para atender às demandas dessas pessoas idosas nem de seus familiares cuidadores (Caldas CP, 2004).

Atendendo à falta de apoio por parte do estado e as alterações na sociedade, muitas famílias optam por institucionalizar o idoso, procurando uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), como uma alternativa viável. A ILPI é uma moradia especializada, cujas funções básicas são proporcionar assistência gerontogeriatrica, conforme a necessidade dos seus residentes, integrando um sistema continuado de cuidados (Born T, Boechat NS, 2006).

As causas da institucionalização poderão estar relacionadas com problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, falta de recursos económicos para a manutenção da casa, viuvez e situação de despejo, sobretudo nos centros da cidade (Paúl C, 2005).

Existem patologias como a doença de Parkinson juntamente com a demência, que são consideradas como sendo um dos mais fortes fatores de risco para a institucionalização; seguindo-se o AVC, problemas de saúde mental, fratura da anca e diabetes. Sendo que os idosos com AVC, com sintomas depressivos, outros problemas de saúde mental, a fratura da anca e a diabetes, tem um risco de institucionalização de 50% ou mais (Nihtila E et al, 2008).

A institucionalização deverá ser encarada, única e exclusivamente, como uma solução de último recurso. É opinião de alguns autores que, por mais qualidade que a instituição possua, existirá sempre um afastamento, maior ou menor, entre a pessoa idosa, a sua família e amigos (Born T, Boechat NS, 2006). Em Portugal, 54% dos idosos residentes em instituições, são visitadas mensalmente ou com menor frequência (Almeida A, 2008).

Muitos familiares, após a institucionalização do idoso, não regressam para visitá-lo, delegando os cuidados aos profissionais da instituição. Isto às vezes, deve-se a problemas de relacionamentos familiares nunca resolvidos, os quais levam algumas famílias a não se sentirem responsáveis pelos idosos. Neste contexto, é necessário compreender as circunstâncias que levaram a essa situação mediante a avaliação das forças e das fragilidades da família, pois isto pode expandir o conhecimento relacionado ao processo de cuidado do idoso institucionalizado e melhorar a avaliação das necessidades do idoso referentes à relação familiar (Netto MP, 2002).

### ***1.2.1 - Dependência, Depressão e Ansiedade no Idoso***

Na pessoa idosa, os desafios à sensação de independência resultam de um grande número de doenças crónicas, assim como das perdas sociais e ambientais que acompanham o envelhecimento (Weinberg LE, 2000). Assim, a dependência reflete a sua incapacidade de realizar funções motoras básicas para a rotina diária como; mover-se na cama, sentar-se na cama, levantar-se da cama, vestir-se, despir-se, realizar a sua higiene, alimentar-se e andar (Levy SM, 2001).

A funcionalidade (ou a diminuição da capacidade funcional) relacionada com a fragilidade associa-se a maiores níveis de mortalidade e de comorbilidades, pior saúde, maior dependência nas AVD's e aumento do risco de institucionalização (Andrade W et al, 2011). Rica-Escuín e seus colaboradores (2014) associaram a fragilidade à mortalidade e ao aumento da incapacidade nas AVD's em idosos institucionalizados .

A dependência física aumenta com a idade, contudo essa dependência não deve pressupor incapacidade, pois, mesmo dependente fisicamente, tem direito a decidir o que é melhor para si. É necessário que reconheçamos que o idoso pode ser dependente de nas AVD's, mas independente para tomar decisões, continuando a exercer o direito de exercer a sua autonomia (Tier CG, Fontana RT, Soares NV, 2004). Apesar desta



necessidade, existe um alto índice de dependência nas instituições que recebem os idosos, sendo justificada pela concepção de que o idoso é um ser desprovido de autonomia e dependente em virtude das alterações decorrentes do processo de envelhecimento e das doenças associadas. Esta realidade revela o processo de trabalho nas instituições de longa permanência, no qual é mais fácil e rápido realizar as atividades para os idosos, pois estes apresentam maiores dificuldades para realizá-las e isso demanda tempo e paciência. Essas atitudes parecem ser evidentes em trabalhadores da área da saúde de nível técnico (Smanioti FM, Haddad NC, 2011)

O banho e o vestir-se são considerados funções culturalmente aprendidas, ou seja, que tem significados diferentes de acordo com a época e a sociedade estudada. Por isso, a questão de sobrevivência tende a declinar primeiro (Katz S et al, 1963). No estudo de Smanioti e Haddad (2011), conclui-se uma dependência maior para o banho, seguindo-se o vestir, a continência, o uso do wc, mobilidade e alimentação. Estas observações corroboram a teoria de que a capacidade para realizar as funções mais complexas declina primeiro, preservando por mais tempo as funções que tem um impacto na sobrevivência (Chaimowicz F, 1997).

Neves (2012), observou situações de dependência nas AVD's em 95% dos idosos, realçando o fato de ser no género feminino as classificações mais depreciativas, sendo que pode dever-se à maior "sobrevivência com limitações". Existem outros autores que também justificam esta situação com o fato das mulheres ao viverem mais anos sofrem mais os efeitos do envelhecimento conduzindo a um maior número de características de fragilidade, tornando-as mais dependentes (Eid N, Kairalla M, Campora F, 2012). Atendendo a estas evidências reforça-se o conceito de feminização da velhice (Oliveira E, Gomes M, Paiva K, 2011).

Assim as mulheres, por apresentarem maior esperança média de vida, tem uma maior probabilidade de ficarem viúvas e sós, incrementando o risco de institucionalização (Pavan F et al, 2008). Os Censos de 2011, reforçam esta situação.

### **Depressão**

Zimmerman (2000) defende que *“A depressão é uma doença que ocorre na criança, no adolescente, no adulto e no velho. A diferença entre a depressão nas diversas faixas etárias reside no facto de que talvez o velho não tenha tanto apoio e*

*motivação para sair dela. As depressões na velhice são quase sempre ligadas as perdas, doenças, carências e aspectos sociais.”*

A prevalência da depressão na terceira idade tem sido amplamente investigada. A OMS, conclui que a prevalência geral de perturbações mentais é aproximadamente a mesma no homem e na mulher, com exceção na depressão que é mais comum no sexo feminino (OMS 2002).

A depressão pode ser classificada de diversas formas, após o diagnóstico, contudo existem diversas investigações que demonstram que os idosos apresentam, em grande maioria, depressões atípicas, não se encaixando nas classificações existentes da CID 10 e DSM IV (Miguel FE, Almeida OP, 2000)

Segundo Chaves (s/d) a depressão nas pessoas idosas é um motivo de hospitalização tão frequente quanto a demência. O quadro clínico que desencadeia é geralmente parecido com o que se pode encontrar nas outras idades, sendo no entanto, menos vulgar o sentimento de culpa e a incapacidade grave e mais frequentemente certas características como a hipocondria, a agitação, sintomas obsessivos e medo de indigência). No que respeita a idosos institucionalizados a depressão tem maior realce. É justificada pelo fato dos idosos se encontrarem afastados do ambiente familiar e habitacional, ao abandono, inutilidade, dependência e isolamento da atualidade cultural. A baixa qualidade de vida (falta de intimidade, insegurança, tristeza silenciosa, entre outras), oferecida pelas instituições, o insuficiente grau de bem-estar pessoal, a reduzida autoestima, contribui para o agravamento estado depressivo.

A depressão nos idosos é reconhecida como um problema de saúde pública importante, sendo mais comum em idosos institucionalizados do que nas comunidades. As taxas de prevalência da depressão são três a cinco vezes maiores, sendo sub-diagnosticada e sub-tratada. Mesmo quando a depressão é reconhecida, menos de um quarto dos sujeitos diagnosticados recebem tratamento e quando o recebem, são prescritas doses sub-terapêuticas. Entre 60 a 80% das pessoas mais velhas respondem ao tratamento antidepressivo, contudo, apenas 55% dos idosos institucionalizados recebem tratamento antidepressivo (Brown M, Lapane K, Luisi A, 2008). A prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados é de 48,7%, sendo que está associada às condições de saúde e à funcionalidade (Santiago L, Mattos I, 2014).

Numa investigação portuguesa com o objetivo de caracterizar os doentes idosos seguidos em consulta de especialidade (gerontopsiquiatria), concluíram que 66,7% dos sujeitos da amostra apresenta segundo a GDS depressão severa e com tendência suicida. Os

idosos deste estudo percebem uma qualidade de vida baixa, relevando uma incapacidade global. Foi encontrada uma associação positiva entre depressão e tendência suicídio (Ponte C, Almeida V, Fernandes L, 2014 ).

O envelhecimento por si só propicia o aumento da sensibilidade afetiva, devido a alterações neurológicas e fisiológicas, a que se associam fatores de exclusão social, que também contribuem para aumentar a probabilidade de desenvolvimento de um processo depressivo, na pessoa idosa (Martins R, 2008).

Verifica-se que as pessoas idosas mais velhas (mais de 84 anos), apresentam mais casos de depressão grave, o que afirma a existência de uma associação entre os sintomas depressivos e o aumento da idade (Neto M, Corte-Real J, s/d). Sendo que existem autores que associam o aumento da prevalência de depressão em idosos institucionalizados, considerando a institucionalização um fator de risco para o desenvolvimento da depressão (Cardão S, 2009).

A GDS-15 foi aplicada a 14 idosos, tendo-se encontrado valores que refletem a presença de algum grau de depressão em 92.8% dos indivíduos, sendo que as mulheres tem um estado de depressão mais acentuado que os homens (Neves H, 2012).

Num estudo longitudinal, no qual se efetuou duas avaliações distanciadas no tempo por dois anos, ao usar a GDS-15 verificou-se que a diferença de scores indicativos de suspeita de depressão obtidos entre a primeira (40,7%) e a segunda avaliação (44,1%) era pequena, e usando o índice de Katz verificou que o grau de dependência nas AVD's agravou significativamente ao longo dos dois anos. Desta forma o autor mostrou que ao longo do tempo os idosos institucionalizados tornam-se mais dependentes, podendo despoletar mais sintomas depressivos (Menezes R et al, 2011).

Em idosos pós AVC, 36,9% apresentam depressão (utilizando a GDS) sendo que percentagem de prevalência sobe para 45,7% nos que se encontram institucionalizados em lar. Os idosos residentes em lares, iletrados e com limitações físicas devem ter uma monitorização regular quanto à depressão uma vez que apresentam mais sintomas depressivos do que os idosos no seu domicílio (Huang HT, et al, 2014)

## **Ansiedade**

A ansiedade é definida por um complexo e variado padrão de comportamentos que produzem respostas internas (cognitivas) ou externas (meio) a um estímulo. A

ansiedade é o pior de todos os transtornos psicológicos, pois desencadeia outros transtornos (Baptista A, 2000).

A ansiedade é uma doença muito comum, pouco tratada, pouco estudada e subestimada nos idosos (Alwahhabi F, 2003).

Esta perturbação é definida por emoções negativas que são excessivas e persistentes. Os sujeitos ansiosos utilizam mais a supressão e têm maior tendência a julgar as suas emoções negativas como inaceitáveis (Campbell-Sills L et al, 2006).

A ansiedade nos idosos aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória, reduz a qualidade de vida aumentando o risco de morte (Miller MC, 2009; Sinoff G, Werner P, 2003).

Wetherell e seus colaboradores (2005) concluíram que a ansiedade nos idosos é mais prevalente do que a depressão, contrariamente ao que é defendido na literatura. Apesar de ser comum referir que a ansiedade nos idosos, tipicamente, é um estado misto de ansiedade-depressão, a prevalência deste estado misto é inferior à prevalência da depressão ou de perturbações da ansiedade.

Os transtornos de ansiedade são mais comuns nos idosos do que em outras faixas etárias, sendo que em níveis elevados pode comprometer de forma significativa o desempenho das AVD's (Cunha JA, 2000)

A prevalência do transtorno ansiedade é elevada entre os idosos com mais de 80 anos, sendo que está associado com sintomatologia depressiva e a um pior padrão de qualidade de vida (Xavier F, et al, 2001).

Nos idosos institucionalizados, identificaram-se três fatores que contribuem para manter os níveis normais de ansiedade e depressão dentro dos parâmetros normais. Esses fatores estão relacionados com a capacidade física funcional, adaptação à institucionalização e perspetivas pessoais quanto ao futuro. A funcionalidade contribui para uma vida ativa o que parece manter os idosos institucionalizados com níveis de ansiedade e depressão dentro dos parâmetros normais (Baldacchino D, Bonello L, 2013).

**PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**  
**CAPÍTULO IV – OBJETIVOS E METODOLOGIA**

# **1 – OBJETIVOS DO ESTUDO**

## ***1.1- Objetivo Geral***

O enquadramento metodológico deve iniciar-se com a delineação de um enunciado declarativo, que vem precisar a orientação do processo de investigação (Fortin, Coté Fillion, 2009). Partindo deste princípio é traçado o seguinte objetivo:

- Validar para a população idosa portuguesa institucionalizada o instrumento de Avaliação do Mal-Estar Emocional, com características psicométricas satisfatórias.

## ***1.2.- Objetivos específicos***

Tendo este estudo como objeto de investigação o sofrimento emocional em idosos, pretendemos alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o idoso quanto ao diagnóstico principal, género e idade;
- Avaliar o idoso quanto à sua funcionalidade e dependência;
- Avaliar o idoso relativamente a sinais de ansiedade e depressão;
- Avaliar se existe alguma relação entre mal-estar emocional, ansiedade e depressão.

No sentido de dar respostas a estes objetivos, estabelecem-se as seguintes hipóteses:

- H1: O género feminino apresenta maiores níveis de mal-estar emocional do que o género masculino.
- H2: Nos idosos com menor idade é mais elevado o mal-estar emocional.
- H3: Os idosos que têm maior tempo de evolução da doença apresentam mal-estar emocional.
- H4: Os idosos acompanhados por especialistas apresentam menor mal-estar emocional do que aqueles que não têm esse acompanhamento.

- H5: Os idosos que apresentam maior grau de dependência são os que apresentam maior mal-estar emocional.
- H6: Os idosos que apresentam ansiedade apresentam mal-estar emocional.
- H7: Os idosos que apresentam perturbação depressiva apresentam mal-estar emocional.
- H8: Os idosos que manifestam sofrimento, apresentam mal-estar emocional.
- H9: Os idosos medicados com ansiolíticos e antidepressivos não apresentam mal-estar emocional.

## 2. METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos descrever a metodologia utilizada ao longo desta investigação empírica.

A metodologia é caracterizada por Imperatori (1999), como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição.

Cada ciência possui a sua própria metodologia, por isso a escolha, a aplicar ao tipo de estudo está condicionada pela teoria dessa ciência e aos pontos de vista de cada tipo de trabalho, tanto a nível quantitativo como qualitativo.

A metodologia deve procurar a solução adequada para a análise do problema em questão e não de um problema qualquer, o que implica o ajuste aos conteúdos e aos objetivos propostos (Dias MO,1999)

É nesta fase do relatório do estudo que se indica: o tipo de investigação, a formulação de hipóteses, as variáveis e a sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de menção; o processo de seleção da amostra; os instrumentos de colheita de dados mais adequados à natureza das variáveis e às características dos elementos da amostra; como se processou a colheita de dados e quais os preceitos éticos considerados; bem como mencionar e justificar as técnicas e medidas estatísticas utilizadas, ou seja, o tratamento estatístico (Fortin MF, 1999).

### *2.1. - Desenho de Investigação*

#### *2.1.1-Tipo de Estudo*

Atendendo ao objetivo principal do estudo e de acordo com a nossa investigação empírica, classificamos este estudo em:

- **Transversal quanto ao tempo**, estudos transversais são "fotografias", mas que também podem incluir alguma análise quando às variáveis de exposição



e de resultado são persistentes ao longo do tempo. Por exemplo, é possível estudar a associação entre a variável sexo e uma determinada doença crónica, numa população (Pina A, 2006).

- **Análítico correlacional**, que segundo FORTIN (1999) “assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis”, sendo o objetivo deste estudo a descoberta de fatores ligados a um fenómeno;
- **Quantitativo**, cuja finalidade é descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente” (Fortin, 1999), implica a recolha sistemática de informação numérica com o mínimo de condições de controlo consideráveis e a análise dessa informação por meio de procedimentos estatísticos (Polit D, Hungler P, 1994).

### ***2.1.2 - População e Amostra***

É imprescindível definir a população a ser estudada, de forma atingir os objetivos propostos. A amostra é constituída por elementos que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos e para os quais o investigador deseja fazer generalizações (Fortin MF, Côté J, Filion F, 2009). Desta forma, os critérios de inclusão são:

- Pessoa com idade igual ou superior a 65 anos
- Residente em Lar
- Capacidade cognitiva para dar o seu consentimento informado
- Com score no MMSE de acordo com os parâmetros da escala
- Diagnóstico de doença crónica em fase avançada e causadora de sofrimento: Insuficiência Cardíaca, Doença respiratória (DPOC), Doença de Parkinson, Doença Cerebrovascular (AVC, Ataxia Cerebelo), Insuficiência renal.

Os critérios de exclusão são os seguintes:

- Pessoa com idade inferior a 65 anos
- Portadores de demência
- Sem capacidade de comunicação
- Com sintomas não controlados

Selecionamos para o estudo uma amostra não probabilística de conveniência. Assim, de acordo com Fortin (2009), a amostra de conveniência é constituída pelos participantes facilmente acessíveis, num determinado local e num preciso momento e que respondem aos critérios de inclusão.

### ***2.1.3 - Método de Colheita de Dados***

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o preenchimento de um formulário. A informação foi recolhida através da realização de entrevista com o idoso, sendo que algumas questões foram respondidas pelos profissionais que trabalham com esses idosos.

#### **Pré-teste**

O pré-teste foi realizado a cinco idosos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Com aplicação do formulário, realizamos as seguintes alterações:

- Introdução de outra variável designada de: Outro tipo de acompanhamento e a sua periodicidade;
- Introdução do Índice de Karnofsky e do Índice de Katz;

### ***2.1.4 - Instrumento de colheita de dados (Anexo 1)***

Num primeiro ponto, torna-se importante referir que o processo de colheita de dados se iniciou no mês de Abril e terminou em Maio no ano de 2014.

Para a caracterização sociodemográfica da amostra final, todos os participantes foram questionados quanto a: Idade, Género, Estado civil, Escolaridade, Tempo e Motivo de Institucionalização, Visitas de familiares e amigos e qual a frequência, Diagnóstico Principal, Tempo de evolução doença, Seguimento em consulta de especialidade, tipo e periodicidade, Medicação habitual.

Terminando esta parte da recolha, continuou-se a aplicação do instrumento de colheita de dados, composto por:

- Índice de Karnofsky

- Índice de Katz
- Mini-Mental State Examination – MMSE
- Avaliação de Mal-Estar Emocional
- Inventário de Ansiedade Geriátrica
- Escala Depressão Geriátrica
- Termómetro sofrimento

### **Índice de Karnofsky**

É uma escala funcional desenvolvida em oncologia e amplamente utilizada, que se tem mostrado útil para avaliar a evolução em doentes oncológicos (Puiggrò C et al 2009), sendo igualmente utilizada para avaliar o prognóstico e o risco em doentes geriátricos (Crooks V et al, 1991).

O Índice de Karnofsky é uma escala prática, facilmente aplicável, classificando o doente em três grupos, conforme o seu grau de aptidão física para trabalhar, exercer tarefas quotidianas e necessidades de cuidados. Estes três grupos englobam as 11 categorias percentuais que abrangem os níveis de autonomia e a capacidade funcional, nas quais o doente pode ser enquadrado, que variam de completamente normal até à morte, 100% e 0% respetivamente (Evans C, McCarthy M, 1985).

Quanto menor a pontuação Karnofsky, pior é a sobrevivência para a maioria das doenças graves. Ou seja, quanto mais elevada é a contagem, melhor o doente realiza as suas atividades diárias.

A escala é dividida em 3 áreas principais:

- 1 (de 0 a 40) - Incapacidade de cuidar de si mesmo. Requer cuidados institucionais ou hospitalares; doença pode progredir rapidamente.
- 2 (de 50 a 70) - Impossibilitado de trabalhar, capaz de viver em casa e cuidar de necessidades mais pessoais; quantidade variável de assistência necessária.
- 3 de (80 a 100) - Capaz de exercer uma atividade normal e trabalhar; nenhum cuidado especial é necessário.

## Índice de Katz

O Índice de Katz foi criado por Sidney Katz, em 1963, é um instrumento que avalia a capacidade funcional da pessoa idosa nas Atividades de Vida Diária. O índice é composto por seis categorias: tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, locomoção, continência e alimentação (Levy SM, 2001).

O autor deste instrumento que estabeleceu esta lista de seis itens, que são hierarquicamente relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como vestir-se, tomar banho, até chegar as de auto-regulação (Duarte Y, Andrade C, Lebrão M, 2006)

Cada item do Índice de Katz é avaliado numa escala de Lickert de acordo com o grau de ajuda necessário para a realização da atividade, seguindo uma pontuação de 1 a 3 pontos. Quando o participante é dependente na realização da atividade é atribuído 1 ponto; 2 pontos indica que o idoso necessita de ajuda e 3 pontos indica que é independente na execução da atividade em questão.

Uma pontuação total de inferior ou igual a 6 pontos indica que o idoso é dependente, de 7 a 12 pontos apresenta dependência parcial, e de 13 a 18 pontos indica é independente (Levy SM, 2001).

Classificação: Dependente  $\leq 6$   
Dependência parcial: 7 a 12  
Independente: 13 a 18

O Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna recomenda este instrumento para avaliação geriátrica global, porque a sua utilização é universal e permite uniformidade dos estudos e comparabilidade dos resultados obtidos, com benefícios para os profissionais e para os idosos.

As propriedades psicométricas do Índice de Katz são suficientes para justificar a sua utilização, quer a nível prático, quer a nível de investigação e foi adotado em Portugal, pelo Ministério da Saúde para avaliação das Atividades de Vida Diária Básicas na população idosa.

## Mini-Mental State Examination – MMSE

É um instrumento de rastreio cognitivo breve e o mais utilizado em contexto clínico e de investigação, sendo o mais amplamente validado para diversas populações e mais referenciado na literatura. Com uma pontuação total de 30 pontos, é um instrumento de administração fácil e rápida (5 a 10 minutos), permitindo uma avaliação global das funções cognitivas dos indivíduos.

Em Portugal, o instrumento foi validado por Guerreiro e seus colaboradores em 1994, que fez adaptação transcultural para a nossa população e desenvolveu os estudos de caráter psicométrico e normativo (Freitas et al, 2013).

Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção), evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais.

O score pode variar de 0 a 30 pontos. Em função do nível de escolaridade é atribuída uma pontuação de limiar de diagnóstico (obtidos no processo de validação para Portugal).

Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	Inferior ou Igual a 15
1-11 anos	Inferior ou Igual a 22
Mais que 11 anos	Inferior ou Igual a 27

## Avaliação de Mal-Estar Emocional (AME)

É um instrumento de *screening*, criado no âmbito dos cuidados paliativos, desenvolvido por Limonero e seus colaboradores (2012). Os autores definem que se trata de um instrumento sensível, de fácil aplicação, compreensivo e com questões relevantes para o doente. Este instrumento foi construído com base no respeito pela vulnerabilidade e fragilidade dos doentes em fim de vida, sendo estas as razões pelas quais o instrumento é constituído por poucas questões, priorizando o conforto na

colheita de dados e tendo sempre presente a relevância das questões para o doente (Maté J et al, 2012).

Os resultados obtidos com a utilização deste instrumento confirmam que se trata de uma ferramenta válida para o *screening* do mal-estar emocional em doentes com cancro em fase avançada. Sugere-se que este instrumento se aplique a outros doentes e em outras áreas (para além da hospitalar), como no domicílio ou em doentes crónicos (Limonero J et al, 2012).

Este instrumento é constituído por duas partes. A primeira é constituída por três questões dirigidas ao doente, duas delas em formato de Escala Visual Numérica de 0 a 10, em que se avalia o seu estado de ânimo, a perceção de “afrontamento” da situação e o registo da presença ou ausência de preocupações. A segunda parte é constituída por uma observação, do profissional, da presença de sinais externos de mal-estar emocional (Krikorian A, 2012). A pontuação do AME pode variar de 0 a 20, formada pela soma das pontuações das respostas à valorização do estado de ânimo e de como se sente face à situação. As questões relativas as preocupações e sinais externos de mal-estar emocional, permitem aos profissionais, direccionar a sua atenção para algum mais específico.

Este instrumento foi traduzido para português por Carqueja e Pinto (2013), com um ponto de Corte igual ou superior a 9.

### **Inventário de Ansiedade Geriátrica – IAG**

A Geriatric Anxiety Inventory foi construída por Pachana e colaboradores (2007) com o objetivos de avaliar a severidade de sintomas comuns de ansiedade nos idosos em vários contextos geriátricos, não tendo sido concebida para o diagnóstico de perturbações da ansiedade. É um instrumento constituído por 20 itens, com resposta dicotómica (concordo, discordo), simples e de fácil aplicação. É atribuído um ponto a cada resposta “concordo”, correspondendo um resultado superior a 8/9 pontos à presença de sintomas de ansiedade graves. Foi adaptado e validado para a população portuguesa por Ribeiro e seus colaboradores (2010), demonstrando elevada fiabilidade teste-reteste (ICC=0,995) e consistência interna (Cronbach=0,96) e uma boa validade concorrente relativamente ao State Anxiety Inventory ( $r=0,632$ ,  $p<0.001$ ), à Geriatric

Depression Scale ( $r= 0,860$ ,  $p < 0,001$ ) e à General Health Questionnaire ( $r=0,763$ ,  $p < 0,001$ ) (Ribeiro O et al, 2011).

No presente estudo, todos os itens apresentam boas correlações item-total (tabela 2), com exceção do item 2 (“Tenho dificuldade em tomar decisões”). A eliminação deste item provocava apenas um aumento marginal na consistência interna da escala, pelo que se optou por manter a estrutura original, obtendo-se um valor de Alpha de Cronbach de 0,95.

Tabela 2 - Valores de alpha de Cronbach e correlações item-total para o IAG

Itens		Correlação item-total <sup>a</sup>
1	Ando preocupado(a) a maior parte do tempo	0,66
2	Tenho dificuldade em tomar decisões	0,36
3	Sinto-me muitas vezes inquieto(a)	0,72
4	Tenho dificuldade em descontrair	0,75
5	Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações	0,31
6	Aflijo-me muito com coisas sem importância	0,73
7	Sinto muitas vezes um peso na cabeça	0,65
8	Considero-me uma pessoa preocupada	0,62
9	Não consigo deixar de me preocupar, mesmo com coisas simples do dia-a-dia	0,59
10	Sinto-me muitas vezes nervoso(a)	0,80
11	Muitas vezes os meus próprios pensamentos deixam-me ansioso(a)	0,57
12	Sinto-me muitas vezes tenso(a)	0,75
13	Penso que sou uma pessoa nervosa	0,61
14	Acho que vai sempre acontecer o pior	0,61
15	Sinto muitas vezes um nervosismo interior	0,71
16	Acho que as minhas preocupações interferem com a	0,80

	minha vida	
17	Sinto-me muitas vezes paralisado(a) pelas minhas preocupações	0,73
18	Tenho muitas vezes a sensação de ter a cabeça vazia	0,71
19	Deixo de fazer coisas por me preocupar demasiado	0,80
20	Sinto-me muitas vezes aflito(a)	0,70
		0,95

---

### **Escala Depressão Geriátrica - GDS (15 itens)**

A GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Na página oficial da GDS, os autores consideram que está no domínio público. Trata-se de uma escala de hetero-avaliação com duas alternativas de resposta (sim - 1 ponto ou não - 0 pontos (itens 1, 5, 7, 11 e 13 um ponto para não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na última semana. Foi adaptada para a população portuguesa por Apóstolo. Essa versão abreviada é bastante atraente para rastrear estados depressivos em contexto comunitário, assim como em outros ambientes não-especializados visto que o tempo necessário para a sua administração é menor (Paradela E, Lourenço R, Veras R, 2005). A GDS-15 demonstrou boa consistência interna Cronbach's=0,83, com uma correlação item-total corrigido entre 0.21 e 0.61. A DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) foi utilizada como instrumento de validação de critério, demonstrando uma correlação de 0,7 entre ambas (Apóstolo J, 2012). Como ponto de corte foi utilizado o valor 5/6, tal como Cavaleiro e seus colaboradores (2013).

No presente estudo, a generalidade dos itens apresenta correlações item-total satisfatórias (Tabela 3), com exceção do item 9 ("Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas"), relação que se prende com a especificidade da população alvo. A



eliminação deste item provocava apenas um aumento marginal na consistência interna da escala, pelo que se optou por manter a estrutura original, obtendo-se um valor de Alpha de Cronbach de 0,87.

Tabela 3 - Valores de alpha de Cronbach e correlações item-total para a GDS

Itens		Correlação item-total <sup>a</sup>
1*	Está satisfeito com a sua vida	0,24
2	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades	0,35
3	Sente que a sua vida está vazia	0,88
4	Anda muitas vezes aborrecido	0,45
5*	Está bem-disposto a maior parte do tempo	0,81
6	Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	0,71
7*	Sente-se feliz a maior parte do tempo	0,59
8	Sente-se desamparado	0,50
9	Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	0,15
10	Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	0,41
11*	Sente que é maravilhoso estar vivo	0,45
12	Sente-se inútil nas condições atuais	0,53
13*	Sente-se cheio de energia	0,63
14	Sente que a sua situação é desesperada	0,63
15	Acha que a maioria das pessoas está melhor que o Sr./Sra.	0,35
		0,87

\* Itens invertidos (recodificados)

A fidelidade dos resultados, em ambas as escalas (Tabelas 2 e 3), foi avaliada através da consistência interna ou homogeneidade dos itens, tendo sido calculado o coeficiente de Alpha de Cronbach, que, segundo Almeida e Freire (2003), será tanto maior quanto maior for a consistência interna ou homogeneidade dos itens. Estes autores sugerem ainda que um Alpha superior a 0,70 representa uma consistência interna aceitável. No entanto, valores acima de 0,60 podem ser considerados aceitáveis quando a escala tem um número reduzido de itens (Freire T, Almeida L, 2001).

### **Termómetro do sofrimento**

É uma ferramenta de avaliação semelhante à escala visual analógica e os seus pressupostos teóricos assentam na mesma fundamentação. O termómetro do sofrimento possui a apresentação gráfica de um termómetro de mercúrio em posição vertical, dividido em 10 partes onde estão referenciados todos os valores de 0 a 10 valores. O seu comprimento é de 10 centímetros, sendo que na base é colocado o número 0, que corresponde à ausência de sofrimento e na extremidade superior é colocado o número 10 que corresponde ao máximo de sofrimento. (Carqueja E, 2008).

#### ***2.1.5- Tratamento estatístico dos dados***

Para a análise dos dados obtidos foi utilizado o *software* de análise estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.

Antes da realização dos procedimentos estatísticos que procuram responder às questões de investigação, realizou-se um *data screening* e recodificação dos itens que se encontravam invertidos.

Os dados relativos à caracterização da amostra (variáveis sociodemográficas) foram obtidos através de medidas descritivas. Posteriormente, foi realizado o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos, na presente amostra, nomeadamente a análise da fidelidade dos resultados, através do cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach.

Para efeitos de análise, tanto para a GDS como para o IAG, computaram-se as diferentes dimensões, recorrendo-se ao somatório dos itens de cada uma delas. Foram efetuadas as correlações entre as variáveis métricas descritas nas hipóteses de investigação. Adicionalmente, utilizou-se análise estatística inferencial ( $t$  de Student) para testar diferenças entre grupos.

**PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**

**CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS  
RESULTADOS**

## CAPITULO V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados encontra-se organizada no sentido de responder aos objetivos da investigação e às hipóteses formuladas. Desta forma, inicia-se esta secção com a apresentação dos resultados obtidos em cada um dos domínios avaliados, procedendo-se à descrição dos resultados relativos à relação entre as variáveis descritas nas hipóteses de investigação.

A tabela 4 descreve as principais características sociodemográficas dos 25 sujeitos que constituem a amostra.

Na amostra 56,0% dos participantes são do sexo feminino, sendo que os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos ( $M=80,84$ ;  $DP=7,02$ ).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos sujeitos frequentou, apenas, o primeiro ciclo. Existe sujeito que não completou qualquer nível escolar, sendo analfabeto. 40,0% dos participantes são viúvos.

No que se refere ao local de residência, os participantes distribuem-se por Gueifães (48,0%), Milheirós e Arouca. Relativamente ao diagnóstico principal, predominam os sujeitos com diagnóstico de Doença cerebrovascular (36,0%).

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Categorias	<i>n</i>	%
<b>Género</b>	Masculino	11	44,0%
	Feminino	14	56,0%
<b>Idade</b>	65 a 74 anos	5	20,0%
	75 a 84 anos	11	44,0%

	≥ 85 anos	9	36,0%
<b>Nível de Escolaridade</b>	Superior	2	8,0%
	3º Ciclo	1	4,0%
	1º Ciclo	11	44,0%
	Sabe ler e escrever	10	40,0%
	Não sabe ler nem escrever	1	4,0%
<b>Estado Civil</b>	Casado	8	32,0%
	Solteiro	7	28,0%
	Viúvo	10	40,0%
<b>Instituição de residência</b>	Lar de Sto. António	12	48,0%
	Milheirós	3	12,0%
	Arouca	10	40,0%
<b>Diagnóstico principal</b>	DPOC	6	24,0%
	Insuficiência Cardíaca	5	20,0%
	Doença cerebrovascular	9	36,0%
	Doença de Parkinson	2	8,0%
	Insuficiência Renal	2	8,0%
	Outro	1	4,0%
<b>Tem família?</b>	Sim	24	96,0%
	Não	1	4,0%
<b>Recebe visitas?</b>	Sim	20	80,0%
	Não	5	20,0%

---

Os participantes do estudo apresentam uma média de institucionalização de 5,19 anos com um tempo médio de evolução da doença (referente ao diagnóstico principal) de 13,13 anos (Tabela 5).

Tabela 5 – Estatística descritiva para o Tempo de Institucionalização e de Evolução da Doença

<b>Variável</b>	<b><i>N</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DP</i></b>	<b><i>Min</i></b>	<b><i>Max</i></b>
Tempo de Institucionalização	25	5,19	5,01	0,17	17
Tempo de Evolução da doença	25	13,13	14,74	0,25	70

Aos 20 sujeitos que indicaram receber visitas (Tabela 6)., foi ainda questionado qual a periodicidade das mesmas, sendo que a maioria indicou que recebia visitas semanalmente (60%).

Tabela 6 – Frequências absolutas e relativas para as visitas

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
<b>Frequência</b>	Diariamente	2	10,0%
	Semanalmente	12	60,0%
	Mensalmente	2	10,0%
	Ocasionalmente	4	20,0%

Aos participantes, questionou-se qual o motivo pelo qual foram institucionalizados, 40% refere que vivia sozinho e 40% por necessitar de ajuda nas atividades do dia-a-dia (Tabela 7).

Tabela 7 – Frequências absolutas e relativas para o motivo de institucionalização

Variáveis	Categorias	n	%
<b>Motivo institucionalização</b>	Viver só	10	40,0%
	Necessidade de ajuda nas AVD's	10	40,0%
	Progressão da doença	4	16,0%
	Outros	1	4,0%

Foi também questionado se os sujeitos eram seguidos em consulta de especialidade, tendo 48,0% indicado que sim (Tabela 8). A esse sujeitos, foi também perguntada qual a periodicidade dessa consulta. As especialidades mencionadas estavam relacionadas com o diagnóstico principal, nomeadamente: Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia e Pneumologia.

Tabela 8 – Frequências absolutas e relativas para as variáveis do acompanhamento em especialidade

Variáveis	Categorias	n	%
<b>É seguido em consulta de especialidade?</b>	Sim	11	44,0%
	Não	14	56,0%

Variáveis	Categorias	n	%
<b>Periodicidade</b>	1 a 2x/ano	9	81,8%
	3 a 4x/ano	2	18,2%

Além do acompanhamento em consulta de especialidade, foram registados outros acompanhamentos e a respetiva periodicidade (Tabela 9).



Tabela 9 – Frequências absolutas e relativas para as variáveis do acompanhamento de outro tipo

Variáveis	Categorias	<i>N</i>	%	Variáveis	Categorias	<i>n</i>	%
<b>Outro acompanhamento?</b>	Sim	17	68,0%	<b>Periodicidade</b>	< 1x/ano	2	11,8%
	Não	8	32,0%		1 a 2x/ano	13	76,5%
					3 a 4x/ano	2	11,8%

Relativamente à avaliação da funcionalidade e do estado de cognitivo (Tabela 10), reportam-se as estatísticas descritivas obtidas para a totalidade da amostra e os diferentes instrumentos.

Tabela 10 – Estatística descritiva para o Índice de Karnofsky, índice de Katz e MMSE

Variável	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Índice de Karnofsky	25	51,2	8,81	40	60
Índice de Katz	25	12,96	4,24	6	18
Mini-mental State	25	27,76	2,35	20	30

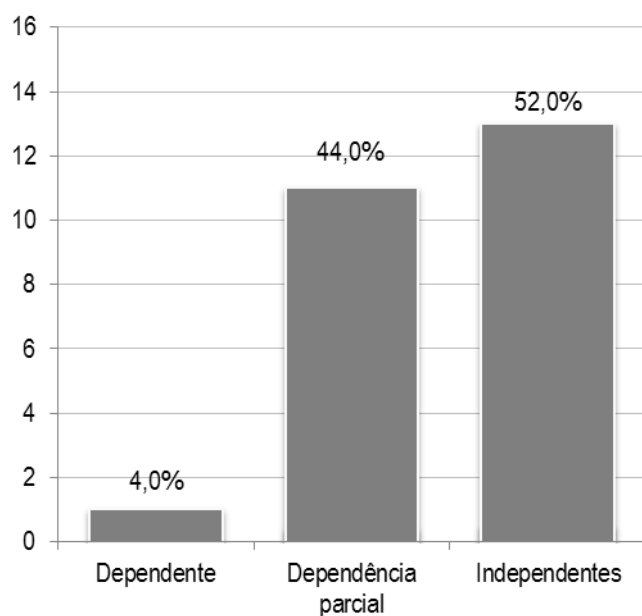
Relativamente ao Índice de Karnofsky (tabela 11), todos os sujeitos avaliados se integram na classe 2, cujos valores variam entre 40 e 70 pontos.

Tabela 11 – Frequências absolutas e relativas para o Índice de Karnofsky

Variáveis	Categorias	<i>n</i>	%
<b>Índice de Karnofsky</b>	40 pontos	8	32,0%
	50 pontos	6	24,0%
	60 pontos	11	44,0%

No Índice de Katz, procedeu-se ao cálculo do score global através do somatório das avaliações das diferentes atividade, sendo posteriormente os sujeitos classificados em três categorias: Independente, Dependência parcial e Dependentes (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Percentagem da amostra segundo a dependência



Os sujeitos que participaram no estudo tomam diariamente entre 1 e 10 medicamentos ( $M=5,48$ ;  $DP=2,06$ ). A tabela 12 reporta o número de sujeitos e a frequência relativa por categoria de medicamentos.

Tabela 12 – Frequências absolutas e relativas de sujeitos por categoria de medicamento

<b>Categorias</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
MED_1	Antiácidos e anti-ulcerosos	14	56,0%
MED_2	Antidepressivos	10	40,0%
MED_4	Medicamentos utilizados em disfunções genito-urinárias	6	24,0%
MED_3	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	18	72,0%
MED_5	Anti-hipertensores	13	52,0%
MED_6	Diuréticos	13	52,0%
MED_7	Medicamentos utilizados no tratamento da gota	6	24,0%
MED_8	Imunomoduladores	1	4,0%
MED_9	Antianêmicos	4	16,0%
MED_10	Antihistamínicos	2	8,0%
MED_11	Antiasmáticos e broncodilatadores	4	16,0%
MED_12	Antiparkinsonícos	3	12,0%
MED_13	Antipsicóticos	4	16,0%
MED_14	Digitálicos	4	2,9%
MED_15	Antiagregantes plaquetários	12	48,0%
MED_16	Antianginosos	1	4,0%
MED_17	Analgésicos e antipiréticos	1	4,0%
MED_18	Antidislipidémicos	10	40,0%
MED_19	Antiepiléticos e anticonvulsivantes	1	4,0%
MED_20	Venotrópicos	3	12,0%
MED_21	Vasodilatadores	3	12,0%
MED_22	Antidiabéticos	4	16,0%

## **AValiação de Mal-Estar Emocional (AME)**

Com base nas respostas dos sujeitos às variáveis que compõem o AME, foi computado um score global da escala através da mesma fórmula utilizada pelos autores aquando da validação da mesma  $[(10-AME1)+AME3]$ , obtendo-se assim um diferencial entre a descrição do estado de ânimo e a capacidade para enfrentar a situação.

Nesta amostra, o estado de ânimo é, em média, ligeiramente negativo ( $M=4,76; DP=3,47$ ), assim como a forma como os sujeitos enfrentam a situação (“Como sente a situação? Entre 0 não lhe custa nada e 10 custa-lhe muito.”) é também ligeiramente negativa ( $M=5,08; DP=3,26$ ).

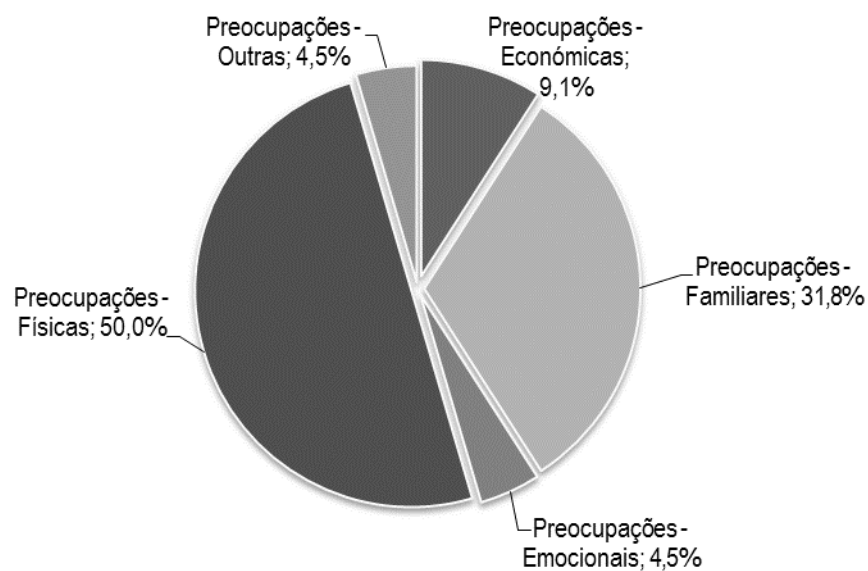
Quando computado o score global da escala, este traduz-se numa avaliação ligeiramente acima do ponto médio da escala ( $M=10,32; DP=6,47$ ). Todos os resultados seguidamente apresentados com relação AME reportam-se ao score global da escala (Tabela 13).

Tabela 13 – Estatística descritiva para as variáveis que compõem o AME

<b>Variável</b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DP</i></b>	<b><i>Min</i></b>	<b><i>Max</i></b>
Estado de ânimo	25	4,76	3,47	0	10
Como sente esta situação?	25	5,08	3,26	0	10
AME - Score	25	10,32	6,47	0	20

Após a avaliação do estado de ânimo, os sujeitos são questionados sobre as suas preocupações e classificadas em função da sua tipologia (Figura 6). 68,0% dos sujeitos revelou ter preocupações (“Há algo que o preocupa?”). Destes, a maioria revelou preocupações de ordem física (50,0%), seguidas pelas preocupações familiares (31,8%).

Figura 6 – Frequências relativas para as preocupações do AME



Pretendeu-se ainda verificar se os sujeitos que apresentam determinadas preocupações poderiam apresentar níveis diferentes de mal-estar emocional. Nesse sentido, foram realizados testes *t* de Student no sentido de apurar as diferenças entre as médias de cada um destes grupos.

Os sujeitos que reportam preocupações físicas ( $M=13,64; DP=4,80$ ) apresentam, em média, níveis mais elevados de mal-estar emocional do que os restantes ( $M=7,71; DP=6,56$ ) (Tabela 14).

Tabela 14 – Teste *t* de Student relativo ao tipo de preocupações

	AME	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>
<b>Preocupações económicas</b>	Sim	2	9,50	6,36	-0,183
	Não	23	10,39	6,62	
<b>Preocupações familiares</b>	Sim	7	12,86	5,11	1,236
	Não	18	9,33	6,80	
<b>Preocupações emocionais</b>	Sim	1	10,00	---	-0,049
	Não	24	10,33	6,61	
<b>Preocupações espirituais</b>	Sim	0	---	---	---
	Não	25	---	---	
<b>Preocupações físicas</b>	Sim	11	13,64	4,80	2,509*
	Não	14	7,71	6,56	

\* $p < .05$

A quarta componente do AME refere-se à observação de sinais externos de mal-estar. Estes estavam presentes em 52,0% dos sujeitos avaliados. Destes, 47,6% apresenta expressão facial que traduz tristeza ou medo, 28,6% sinais de isolamento e 23,8% pedidos constantes de companhia ou atenção.

Procuramos então perceber se os sujeitos que apresentavam cada um destes sinais externos teriam, de facto, valores mais elevados na avaliação do AME. Naqueles que apresentavam expressão facial que traduz tristeza ou medo, a média do score global do AME situa-se nos 14,50 ( $DP=5,23$ ), enquanto que o resultado médio para os que não apresentam este sinal é de 7,53 ( $DP=5,78$ ) (Tabela 15).

Da mesma forma, aqueles que apresentam sinais de isolamento, obtêm valores globais do AME, em média, de 14,33 ( $DP=3,61$ ), enquanto os restantes apresentam valores médios significativamente mais baixos ( $M=9,05; DP=6,72$ ).

Por último, os sujeitos que revelam constantes pedidos de companhia ou atenção apresentam um valor médio para o AME muito superior ( $M=18,20; DP=2,49$ ) aos restantes ( $M=8,35; DP=5,58$ ).

Tabela 15 – Teste  $t$  de Student relativo aos sinais externos

	AME	$N$	$M$	$DP$	$t$
<b>Expressão facial</b>	Sim	10	14,50	5,23	3,062**
	Não	15	7,53	5,78	
<b>Isolamento</b>	Sim	6	14,33	3,61	2,474*
	Não	19	9,05	6,72	
<b>Pedido constante de companhia/atenção</b>	Sim	5	18,20	2,49	3,802**
	Não	20	8,35	5,58	

\* $p<.05$  \*\*  $p<.01$

## VARIÁVEIS RELATIVAS À DEPRESSÃO, ANSIEDADE E SOFRIMENTO

Relativamente a este grupo de variáveis, tal como é possível constatar através da Tabela 10, são reportados os valores médios para a totalidade da amostra.

No caso do IAG, a média do score global da escala é ligeiramente superior ao ponto médio ( $M=10,04; DP=6,90$ ) e acima do ponto de corte usual (8/9 pontos) (Tabela 16).

Relativamente à GDS, o valor médio situa-se também ligeiramente acima ( $M=6,32; DP=4,32$ ) do ponto de corte habitual (5/6 pontos) (Tabela 17).

Para o termómetro do sofrimento, a média obtida foi de 4,32 ( $DP=2,63$ ), próxima, portanto, do ponto médio da escala (5).

Tabela 16 – Estatística descritiva para as variáveis relativas à depressão, ansiedade e sofrimento

Variável	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<b>Inventário de Ansiedade Geriátrica</b>	25	10,04	6,90	0	20
<b>Escala de Depressão Geriátrica</b>	25	6,32	4,32	1	13
<b>Termómetro de Sofrimento</b>	25	4,32	2,63	0	10

Tabela 17 – Frequências absolutas e relativas de sujeitos acima e abaixo do ponto de corte para IAG e GDS

Variáveis	Categorias	<i>n</i>	%
<b>IAG</b>	9 pontos	13	52,0%
	< 9 pontos	12	48,0%
<b>GDS</b>	6 pontos	13	52,0%
	< 6 pontos	12	48,0%

## RELAÇÕES ENTRE AME E AS VARIÁVEIS DE CARATERIZAÇÃO

Relativamente à variável género, tal como é possível constatar através da Tabela 19, as mulheres ( $M=11,21$ ;  $DP=7,18$ ) apresentam valores para AME mais elevados do que os homens ( $M=9,18$ ;  $DP=5,56$ ). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os sexos.



No que concerne à idade (Tabela 18), verificou-se que esta não se encontra significativamente correlacionada com AME. Relativamente ao tempo de evolução da doença e de institucionalização, também não foi possível encontrar relação entre estas variáveis e AME (tabela 6).

Tabela 18 – Correlações (rho de Spearman) entre AME e variáveis de caracterização demográfica

	<b>Avaliação de Mal-Estar Emocional</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de institucionalização</b>	<b>Tempo de evolução da doença</b>
<b>Avaliação de Mal-Estar Emocional</b>	-	-	-	-
<b>Idade</b>	-0,046	-	-	-
<b>Tempo de institucionalização</b>	0,360	0,093	-	-
<b>Tempo de evolução da doença</b>	0,148	-0,221	0,160	-

Foram ainda testadas diferenças para AME em função de o sujeito receber ou não acompanhamento em especialidade, mas não foram identificadas diferenças significativas.

Tabela 19 – Teste *t* de Student relativo ao género e acompanhamento em especialidade

	<b>AME</b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DP</i></b>	<b><i>t</i></b>
<b>Género</b>	Masculino	11	9,18	5,56	-0,773
	Feminino	14	11,21	7,18	
<b>Acompanhamento em especialidade</b>	Sim	12	11,00	5,46	0,497
	Não	13	9,69	7,45	

## RELAÇÕES ENTRE AME E A FUNCIONALIDADE

Relativamente aos dois índices utilizados para avaliação da funcionalidade (Tabela 20), detetaram-se correlações negativas e significativas com AME (Karnofsky:  $r=-0,536$ ,  $p<0,01$ ; Katz:  $r=-0,505$ ,  $p<0,05$ ).

Tabela 20 – Correlações (rho de Spearman) entre AME, Índice de Karnofsky e índice de Katz

	Avaliação de Mal-Estar Emocional	Índice de Karnofsky	Índice de Katz
<b>Avaliação de Mal-Estar Emocional</b>	-	-	-
<b>Índice de Karnofsky</b>	-,536**	-	-
<b>Índice de Katz</b>	-,505*	,905***	-

\* $p<.05$  \*\*  $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

## RELAÇÕES ENTRE AME, DEPRESSÃO, ANSIEDADE E SOFRIMENTO

Foram exploradas as relações entre o score global do AME e as demais variáveis avaliadas (Tabela 21). O instrumento AME apresenta-se positivamente correlacionada com o score obtido no IAG ( $r=0,604$ ,  $p<0,01$ ), o que nos indica que aquele que apresenta maior mal-estar emocional são também os que apresentam um resultado mais elevado relativo ao Inventário de Ansiedade Geriátrica. Da mesma forma, encontrou-se uma correlação positiva forte com o resultado global da GDS ( $r=0,842$ ,  $p<0,019$ ) e o termómetro do sofrimento ( $r=0,802$ ,  $p<0,01$ ), sugerindo que os sujeitos que apresentam maior mal-estar são também os que apresentam mais sintomas depressivos e se auto-posicionam num ponto mais elevado no termómetro de sofrimento.

Tabela 21 – Correlações (rho de Spearman) entre AME, IAG, GDS e Termómetro

	<b>Avaliação de Mal-Estar Emocional</b>	<b>Inventário de Ansiedade Geriátrica</b>	<b>Escala de Depressão Geriátrica</b>	<b>Termómetro de Sofrimento</b>
<b>Avaliação de Mal-Estar Emocional</b>	-	-	-	-
<b>Inventário de Ansiedade Geriátrica</b>	,604***	-	-	-
<b>Escala de Depressão Geriátrica</b>	,842***	,756***	-	-
<b>Termómetro de Sofrimento</b>	,802***	,626***	,810***	-

\*\*\* $p < .001$

## RELAÇÕES ENTRE AME E A TOMA DE ANTIDEPRESSIVOS E ANSIOLÍTICOS

Foram testadas diferenças, para AME, entre os grupos de sujeitos que tomam atualmente medicamentos antidepressivos (Tabela 22), bem como aqueles que tomam medicamentos da classe dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 22 – Teste  $t$  de Student relativo à toma de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos

	<b>AME</b>	<b><i>n</i></b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>DP</i></b>	<b><i>t</i></b>
<b>Antidepressivos</b>	Sim	10	13,40	5,42	2,072
	Não	15	8,27	6,45	
<b>Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos</b>	Sim	18	11,72	6,04	1,819
	Não	7	6,71	6,58	

**PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**  
**CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados é altura de proceder à discussão, tendo por base a literatura. Tendo em consideração os resultados descritos no capítulo anterior, proceder-se-á neste capítulo à sua discussão, procurando salientar os mais significativos, confrontando-os com o quadro teórico de referência e comparando-os com os resultados obtidos noutras investigações.

Relativamente aos **dados sociodemográficos**, amostra é constituída por 25 sujeitos. Tendo em conta que os idosos podem ser divididos, quanto ao fator idade em: “velho jovem” – 65-74 anos, “velho médio”- 75 a 84 anos e “velhos-velhos” a partir dos 85 anos, verificamos que a maior percentagem da nossa amostra se situa no grupo intermédio com 44% (“velho médio”). Estes achados vão de encontro aos resultados de Almeida (2008), cuja amostra é maioritariamente constituída por “velho médio” (59,1%). Na nossa amostra, 56% é do género feminino, com média de idades de 80,84 anos. Estes valores estão de acordo com outro estudo, onde foi encontrada uma idade média de 81.45 anos, sendo a maioria da amostra constituída pelo género feminino (66,3%) (Almeida L, Quintão S, 2012). Estes valores reforçam, a já esperada, superioridade feminina (Netto M, 2000).

Quanto ao **estado civil**, 40% dos sujeitos reporta ser viúvo. A viuvez é para Paúl (2005), uma das causas prováveis para a institucionalização, portanto esta percentagem já era esperada. No estudo Almeida (2008), a maioria dos sujeitos também era viúvo. Habitar só pode ser considerado um fator de risco para a institucionalização.

Relativamente à **escolaridade**, 44% da amostra declara ter terminado o 1º ciclo. Apesar de não terem terminado a instrução primária 40% sabe ler e escrever. Estes achados vão de encontro aos resultados obtidos por Almeida e Quintão (2012), que 35% tem o 1º ciclo e 28,8% sabe ler e escrever. Estes resultados são expectáveis uma vez que, a

população atualmente idosa, não obrigada a frequentar o ensino básico e atendendo às precárias condições socioeconômicas era recrutada para o mundo do trabalho em idade precoce.

A dependência nas AVD's e o viver só foram apontados pelos participantes, como os **motivos para a institucionalização** (40% respectivamente). No presente estudo, a questão da dependência nas AVD's não foi explorada, pelo que não se pode concluir se a institucionalização foi realmente motivada pela perda da capacidade funcional ou pela falta de suporte, impossibilitando os idosos de permanecer no domicílio. No estudo subordinado ao tema "Adaptação dos Idosos Institucionalizados" os motivos para a institucionalização foram: falta de apoio familiar (28%); a falta de condições habitacionais (25%); os recursos econômicos (20%); e, a dificuldade em auto-cuidar-se (16,7%) (Carvalho P, Dias O, 2011).

A literatura demonstra que mesmo tendo em consideração uma instituição de qualidade, a opção pelo internamento deverá ser sempre uma solução de último recurso, visto que a institucionalização implica um afastamento do idoso do seu suporte social e familiar (Born T, Boechat NS, 2006). Os achados do presente estudo corroboram esta realidade uma vez que apenas 10% dos idosos recebem **visitas** diariamente, apesar de 96% referir ter família. Como já foi referido anteriormente, muitos familiares, após a institucionalização do idoso, não regressam para visitá-lo, delegando os cuidados aos profissionais da instituição. Algumas famílias, mantêm um contato regular com o idoso (por telefone ou visitas), outras, com maior frequência abandonam-na ou excluem-na do seio familiar (Neto M, Corte-Real J, s/d). Embora a institucionalização do idoso seja (frequentemente) rejeitada e até temida, existem famílias que por razões econômicas ou emocionais, não têm capacidade de prestar cuidados aos seus familiares, surgindo a institucionalização como último recurso. Desta forma, a institucionalização assume uma conotação negativa, no entanto, esta também pode significar segurança para a família, sobretudo quando a razão da institucionalização decorre da perda de autonomia, patologia física, perda do cônjuge, falta apoio social, isolamento e pobres condições de habitação (Pimentel L, 2001).

Ao analisarmos a **Dependência /Independência e a Funcionalidade** dos sujeitos da amostra constatamos que 53% são Independentes, 44% apresentam uma dependência

parcial e 4% é dependente, segundo o Índice de Katz, com uma média de 12,96 e 44% pertence à categoria “Requer ajuda ocasional, porém apto a cuidar de muitas das suas necessidades pessoais” do Índice de Karnofsky. Os resultados obtidos são aproximados aos encontrados por Almeida (2008), verificando que 63,4% são independentes, 32,3% dependência parcial e 4,3% dependentes.

Neste estudo, em média, cada idoso toma por dia cerca de 5,48 categorias de **medicamentos**, o que pode corresponder a mais de cinco comprimidos por dia, uma vez que existem fármacos que são prescritos várias vezes ao dia. Contudo, o número de vezes que toma o medicamento não foi explorado. Estes resultados eram esperados, uma vez que com o envelhecimento da população e atendendo as características da amostra (idosos com patologia crónica), são normalmente polimedicados, uma vez que, para acompanhar a evolução da prática clínica, seguem-se guidelines que evoluíram no sentido da polimedicação. Contudo, o risco de interação entre fármacos aumenta exponencialmente com o número dos mesmos (Aparasu R, Mort J, Brand H, 2005).

Os medicamentos mais consumidos pelos idosos do estudo são: Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (72,0%); os Antiácidos e antiulcerosos (56,0%); Anti-hipertensores e Diuréticos (52,0% respetivamente); Antiagregantes plaquetários (48,0%) Antidepressivos (40,0%); Antidislipidémicos (40,0%). Martins e seus colaboradores (2008), constataram uma média de consumo de medicamentos de 7,2, sendo que esta terapêutica se distribui principalmente por 3 categorias (35,4% sistema cardiovascular, 22,6% sistema nervoso e 18,1% trato alimentar).

### Ansiedade, Depressão e Sofrimento

Os sujeitos da amostra apresentaram uma média de 10,04 no **Inventário de Ansiedade Geriátrica**, sendo que 52% apresentou sintomas de ansiedade. Na investigação de Santos (2011) constatou-se uma média de score de ansiedade, utilizando o IAG de 7,45 em idosos institucionalizados. A diferença entre as médias, pode ser justificada pelo diagnóstico dos sujeitos da nossa amostra, visto ser constituída por idosos com patologia crónica. É do nosso conhecimento que as doenças respiratórias e neurológicas

estão fortemente associadas com a ansiedade. A DPOC e a doença de Parkinson estão associadas a transtornos da ansiedade. Um estudo mostrou que 100% dos doentes com DPOC apresentavam transtorno da ansiedade. Idosos com DPOC, que apresentam uma comorbidade (depressão e/ou ansiedade) revelam pior funcionalidade quando comparados com idosos sem transtornos mentais. A ansiedade pode também estar associada a um efeito colateral da terapêutica utilizada para o tratamento da doença, a uma desorganização no organismo causada pelo início da doença clínica ou ainda uma consequência devido à mudança de estilos de vida (Wolitzky-Taylor KB et al, 2010).

Relativamente à variável **depressão** a média obtida foi de 6,32, sendo que 52% dos sujeitos inquiridos apresentam uma provável depressão. Estes valores vão de encontro aos resultados de Vaz (2009) que ao estudar a depressão em idosos residentes em lar no distrito de Bragança encontrou uma prevalência de depressão em 46,75% da amostra utilizando a GDS-30. Sousa et al, (2010) encontraram uma prevalência de provável depressão em 42,1% de idosos, embora esta última investigação fosse realizada na comunidade (utilizando a GDS-15). Assim, a prevalência da depressão parece ser elevada, quer se trate de idosos institucionalizados ou não.

As doenças crónicas estão associadas a uma maior prevalência de sintomas depressivos, destacando-se as doenças do SNC (Doença Parkinson) e as Doenças Cerebrovasculares. Em outros casos, a associação entre doença crónica e depressão pode ser explicada pelos mecanismos comportamentais, pela limitação na atividade (consequência da doença) ou pela retirada gradual das atividades gratificantes (Prince M, et al, 1998).

A prevalência de depressão na DPOC estável varia entre 10 e 40% e ansiedade entre 10 e 19%, sendo que o risco de depressão é mais elevado em doentes com estádios mais avançados da DPOC, atingindo os 62% (Maurer J, et al, 2009).

Na **Avaliação do Mal-Estar Emocional** a média encontrada no score global do instrumento foi de 10,32, o que vai de encontro com os resultados obtidos por Limonero e seus colaboradores aquando da avaliação das propriedades psicométricas, tendo encontrado uma média de 10,33. Numa outra investigação, em doentes oncológicos Krikorian (2012) ao investigar o sofrimento em doentes oncológicos encontrou uma média de 10,24 na avaliação do mal-estar emocional. Embora estas investigações sejam



em amostras diferentes os resultados são muito similares, o que nos pode conduzir a que as doenças crónicas causam um sofrimento muito similar às doenças oncológicas.

Nos inquiridos, 68% revelaram estar preocupados com alguma situação, sendo que destes 50% reporta preocupações de ordem física e 31,8% preocupações familiares. Os idosos que apresentam preocupações de ordem física apresentam uma média de AME superior à dos restantes, 13,64 e 7,71 respetivamente. Krikorian (2012), na sua investigação no grupo com maior mal-estar emocional encontrou pontuações mais elevadas com a dimensão física (mal-estar geral, astenia, cansaço, etc.), dimensão psicológica (alterações no animo, tristeza, perda autonomia, ansiedade), dimensão social (preocupação com o futuro e sentir-se uma carga para os outros. Embora no presente estudo, as preocupações não fossem exploradas, existe aqui uma relação entre a ordem física e o mal-estar emocional. Nervi e seus colaboradores (2004), realçam que nas doenças crónicas avançadas que conduzem à falha de órgãos, tal como as metástases, conduzem a um quadro de mal-estar físico (astenia, cansaço, prostração).

Na componente da observação de sinais externos de mal-estar do AME, 52% dos sujeitos da amostra apresentavam alguma alteração, sendo que os que a expressão facial traduzia tristeza ou medo, os que se isolavam e os que revelavam pedidos constantes de companhia, apresentavam médias superiores de AME, quando comparados com os que não apresentavam. Os autores do instrumento AME, constatarem que os doentes que apresentava os sinais supracitados, apresentavam mal-estar emocional. Assim, esta componente do AME, revela-se importante já que complementa a avaliação.

**- H1: O género feminino apresenta maiores níveis de mal-estar emocional do que o género masculino.**

As mulheres apresentaram níveis de AME superiores aos dos homens (11,21vs 9,18), mas não foram encontradas diferenças significativas. Uma explicação plausível para estas diferenças não significativas, pode estar relacionada com o tamanho da amostra.

**- H2: Nos idosos com menor idade é mais elevado o mal-estar emocional.**

Relativamente a esta hipótese, não foi encontrada associação. Contrariamente, Krikorian (2012), encontrou diferenças significativas quanto à variável idade, revelando que as pessoas mais jovens tiveram pontuações mais elevadas no AME. Como a presente amostra é constituída só por sujeitos idosos, maioritariamente entre os 75-85 anos, esta característica pode ser a razão pela qual não se encontra uma associação, visto que não existe uma grande variedade de idades. Pois, a literatura menciona que os sujeitos com mais idade são mais resilientes, relacionam-se de um modo distinto com a morte e adotam estratégias de enfrentar a situação mais adaptativas que os sujeitos mais jovens (Hallberg IR, 2004), por sua vez os mais jovens, com doença avançada, apresentam mais dificuldades na dimensão social, na adaptação e maior mal-estar emocional (Thompson GN et al, 2009). Seria expectável encontrar uma associação entre idade e mal-estar emocional, contudo, os resultados deste estudo não confirmam, de qualquer forma, a relevância da idade como determinante no mal-estar emocional.

**- H3: Os idosos que têm maior tempo de evolução da doença apresentam mal-estar emocional.**

No que respeita a esta hipótese, os resultados deste estudo não confirmam a relevância do tempo de evolução da doença com o mal-estar emocional. Krikorian (2012), no seu estudo não encontrou uma associação entre os meses decorridos desde o diagnóstico, os meses decorridos desde Consulta em CP, nem com a sobrevivência após o diagnóstico. Contudo, julgamos que o tempo de evolução da doença poderá ter alguma influência, quer de forma positiva, quer de forma negativa. Ou seja, o tempo de evolução da doença poderá levar o sujeito a sofrer com ela ou a enfrenta-la, assim com o decorrer dos anos o idoso pode adaptar-se à doença e não apresentar mal-estar emocional ou não se adaptar e apresentar sofrimento emocional.

**- H4: Os idosos acompanhados em consulta de especialidade apresentam menor mal-estar emocional do que aqueles que não têm esse acompanhamento.**

No que respeita a esta hipótese e o que demonstram os resultados, é que de fato os idosos que são acompanhados em consulta médica de especialidade apresentam uma média superior de mal-estar emocional em relação aos que não são acompanhados (11,0 vs 9,69), contudo os resultados não são significativos. Apesar de a comparação entre grupos não ser significativa, julgamos que a diferença entre média merece alguma reflexão. Apesar de não encontrarmos bibliografia que fundamente esta hipótese, parece-nos lógico equacionar que se os doentes são seguidos em consulta de especialidade é porque a doença está em evolução e necessita de vigilância. Contudo, estes doentes apresentam médias superiores de mal-estar emocional. Este achado, na nossa perspetiva poderá traduzir um acompanhamento ineficaz ou uma maior consciencialização do estado de saúde/doença. Dos sujeitos seguidos em especialidade, 76,5% tem consultas entre 1 a 2 vezes por ano, o que pode ser manifestamente pouco. Esta pode ser a razão pela qual os doentes seguidos em especialidade apresentam média superior de AME comparativamente aos não acompanhados em consulta de especialidade, ou seja o nº de consultas anuais pode não ser adequado as necessidades do idoso. O exercício profissional da investigadora sugere que não só o nº de consultas pode ser insuficiente, assim como, as temáticas abordadas nas consultas centram-se na revisão da terapêutica e no controle de sintomas físicos, não havendo espaço para abordar a dimensão emocional. Esta questão conduz-nos para outra problemática uma vez que os clínicos, pela organização do Serviço Nacional de Saúde, têm inúmeras consultas, com curto espaço de tempo entre elas, comprometendo a abordagem holística do idoso.

**- H5: Os idosos que apresentam maior grau de dependência são os que apresentam maior mal-estar emocional.**

Foi encontrada uma correlação negativa e significativa entre a funcionalidade, dependência e o mal-estar emocional (Índice Karnofsky:  $r=-0,536$ ,  $p<0,01$  e Índice de

Katz:  $r=-0,505$ ,  $p<0,05$ ). Isto quer dizer, que quanto maior for o resultado do Índice de Karnofsky menor será o mal-estar emocional, ou então, os idosos que apresentam maior mal-estar emocional são os que têm pior funcionalidade. O mesmo se traduz para o Índice de Katz, quanto menor for o score de Katz (maior dependência) maior é o mal-estar emocional. Parece existir uma relação entre a funcionalidade, a dependência e o mal-estar emocional.

Num estudo, em que se pretendeu investigar as perturbações emocionais-afetivas (ansiedade, depressão e stress) conclui-se que existe uma relação entre o estado afetivo-emocional e a dependência. Encontraram que quanto maior a idade e quanto maior a dependência maior a prevalência das perturbações (Namorado A, Apóstolo J (s/d)).

Em outra investigação conclui-se que a perda de autonomia nos idosos é um dos fenómenos que, a nível psicológico, tem maior influência na sua qualidade de vida (Drago S, Martins R, 2012).

Embora estas investigações não estudem diretamente o mal-estar emocional, é evidente que a dependência se relaciona com as perturbações emocionais-afetivas.

#### **- H6: Os idosos que apresentam ansiedade apresentam mal-estar emocional.**

Relativamente a esta hipótese encontrou-se uma correlação positiva, estatisticamente significativa entre o IAG e AME ( $r=0,604$ ,  $p<0,01$ ), os idosos que apresentam níveis de ansiedade também apresentam mal-estar emocional. Limonero e seus colaboradores (2012), também encontraram uma correlação positiva e significativa entre a AME e a subescala da ansiedade da HADS ( $r=0,614$ ,  $p<0,01$ ).

Diversos autores apontam que a ansiedade nos idosos aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória e reduz a qualidade de vida, aumentando concomitantemente o risco de morte (Miller MC, 2009; Sinoff G, Werner P, 2003). Assim, a ansiedade associada ao mal-estar emocional pode aumentar ainda mais esses riscos potenciando o sofrimento emocional, influenciado certamente, de forma negativa a qualidade de vida destes idosos. Para além destas problemáticas, as perturbações ansiosas acarretam elevados custos ao sistema de saúde pois estão associadas a mais visitas aos cuidados de saúde primários e ao aumento da duração dessas visitas (Wetherell JL, Maser JD, Van balkom A, 2005). Atendendo a estes fatores julgamos

que os idosos devem ser alvo de uma avaliação mais holística, para terem acesso a cuidados de saúde apropriados e em tempo útil, para um alívio no seu sofrimento emocional, de acordo com a filosofia do CP.

**- H7: Os idosos que apresentam perturbação depressiva apresentam mal-estar emocional.**

Os resultados deste estudo afirmam esta hipótese, já que foi constatada uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $r=0,842$ ,  $p<0,019$ ) entre depressão e mal-estar emocional. Os autores do instrumento AME, na avaliação das propriedades psicométricas do mesmo, também constatarem uma correlação positiva e significativa entre AME e a subescala de depressão HADS ( $r=0.499$ ,  $p <0.01$ ).

Embora não tenham sido encontradas outras investigações que estudem o mal-estar emocional e a depressão, existem outros estudos que demonstram que existe uma correlação entre grau de satisfação com a vida, os níveis de independência e a depressão nos idosos, demonstrando que os idosos mais independentes e mais satisfeitos com a vida são os que manifestam menores índices depressivos (Drago S, Martins R, 2012).

**- H8: Os idosos que manifestam sofrimento, apresentam mal-estar emocional.**

No que respeita a esta hipótese, foi constatada uma correlação positiva e significativa entre sofrimento e mal-estar emocional ( $r=0,802$ ,  $p<0,01$ ). Limonero e seus colaboradores (2012), também encontraram uma correlação positiva e significativa entre a AME e o termómetro do sofrimento ( $r=0,235$   $p< 0,05$ ).

O sofrimento, foi definido na revisão da literatura, como um estado de angústia que está presente nas pessoas, atendendo a esta definição era expectável que idosos com mal-estar emocional apresentassem sofrimento. O sofrimento em fim de vida é uma experiência individual, subjetiva e que depende do grau de ameaça que representam os problemas experienciados ao longo desta etapa. Assim, o mal-estar emocional será a ameaça. Quanto maior for a ameaça (mal-estar emocional) maior será o sofrimento, dependendo da capacidade e dos recursos que o indivíduo tem para a enfrentar. Assim,

para além de se tentar eliminar ou paliar o sofrimento, sempre que possível, deve-se elevar a satisfação, proporcionando alegria e vontade de viver o presente, pois isto contribuirá para remover as ameaças futuras (Bayés R, 1998).

**- H9: Os idosos medicados com ansiolíticos e antidepressivos não apresentam mal-estar emocional.**

Os resultados deste estudo não confirmam esta hipótese, visto que não foi encontrada uma correlação significativa. Contudo, atendendo às médias, podemos verificar que os idosos medicados com ansiolíticos e depressivos apresentam médias superiores de mal-estar emocional quando comparados com os não medicados com esta terapêutica (tabela 22). Tendo em consideração, que se os idosos estão medicados com ansiolíticos e antidepressivos é porque lhes foi diagnosticado ansiedade e depressão, podemos considerar, mais uma vez (apesar de a correlação não ser significativa) que estas perturbações tem provavelmente uma relação com o mal-estar emocional.

## **CURVAS ROC E PONTO DE CORTE**

Após apresentação e discussão dos resultados anteriores surgiu a curiosidade de tentarmos perceber como se comportam as curvas de ROC e quais os possíveis pontos de corte. Neste ponto, é de salientar que se trata de um mero exercício, visto que a generalização de resultados com amostra obtida não é possível.

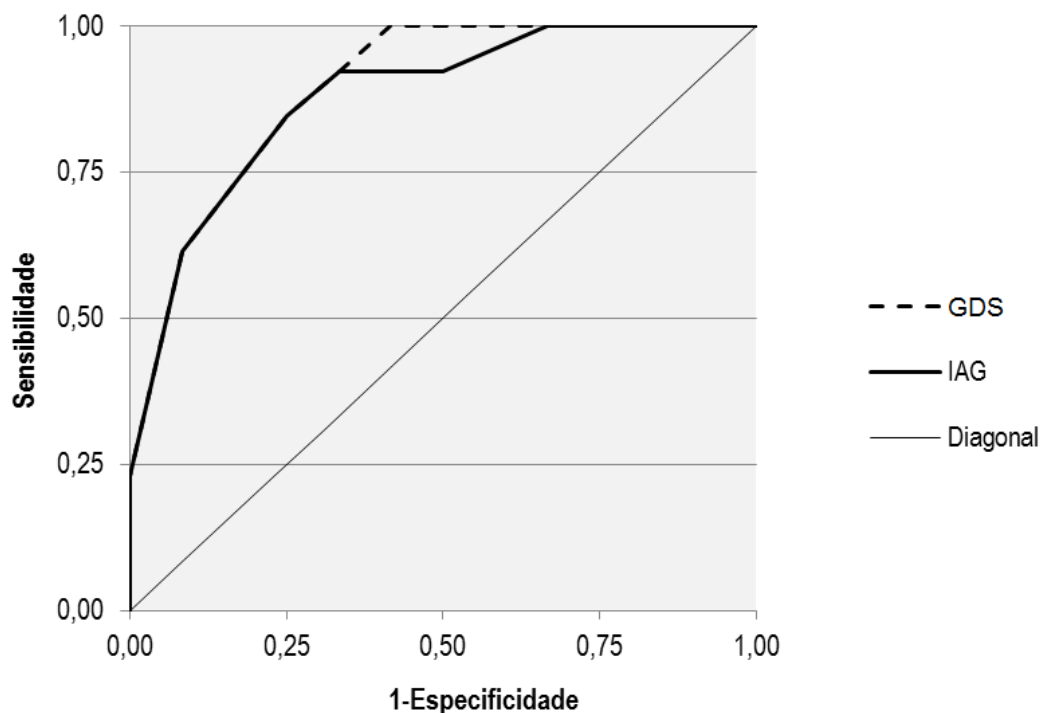
Antes do estudo do instrumento AME em comparação com as restantes medidas, procurámos averiguar se o ponto de corte utilizado para o Termómetro do Sofrimento (em doentes oncológicos) por Holland (2010), Decat e seus colaboradores (2009) - seria adequado à população em estudo. Assim, comparamos os resultados deste instrumento com a GDS e IAG. Desta, resulta, para ambas, uma área abaixo da curva elevada, de 0,894 e 0,878, respetivamente (IC95%, 0,770-1,000, 0,743-1,000), ambos significativamente superiores a 0,5 ( $p < 0,005$ ). Através da análise visual de ambas as

curvas e da tabela 25, onde se reportam os valores de sensibilidade e especificidade, verifica-se que o ponto de corte  $> 4$  poderá ser o mais adequado também a esta amostra.

Tabela 23 – Ponto de corte para o Termómetro do Sofrimento

	<i>GDS</i>		<i>IAG</i>	
<b>Corte</b>	<i>Sensibilidade</i>	<i>Especificidade</i>	<i>Sensibilidade</i>	<i>Especificidade</i>
-1	1,000	0,000	1,000	0,000
0,5	1,000	0,250	1,000	0,250
1,5	1,000	0,333	1,000	0,333
2,5	1,000	0,583	0,923	0,500
3,5	0,923	0,667	0,923	0,667
<b>4,5</b>	<b>0,846</b>	<b>0,750</b>	<b>0,846</b>	<b>0,750</b>
5,5	0,615	0,917	0,615	0,917
7	0,231	1,000	0,231	1,000
9	0,077	1,000	0,077	1,000
11	0,000	1,000	0,000	1,000

Gráfico 2 – Sensibilidade e Especificidade do Termómetro do Sofrimento

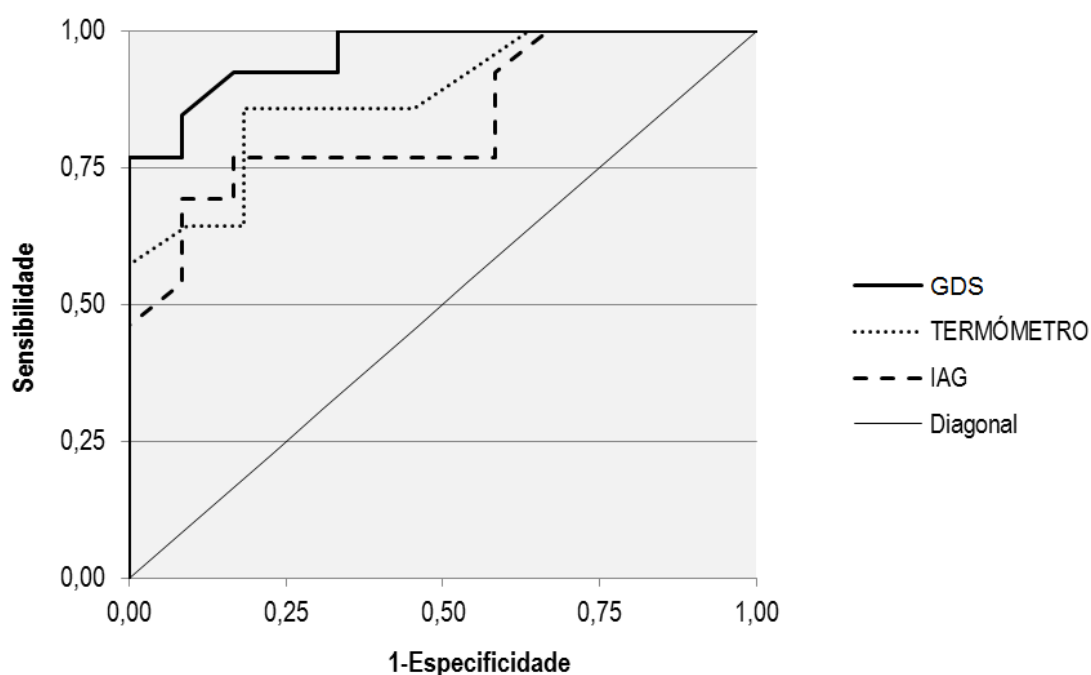


Os resultados obtidos através do AME foram então comparados com os restantes instrumentos (GDS, IAG e Termómetro) tendo como referência os seus pontos de corte, através do cálculo das respetivas curvas ROC.

No que diz respeito AME, observa-se uma área sob a curva (*area under the curve* - AUC) (tida como medida do desempenho de um teste) de 0,958, com um intervalo de confiança (IC95%) de 0,889-1,000, significativamente superior a 0,5 ( $p < 0,001$ ). Para o Termómetro de Sofrimento, a curva ROC revela uma AUC de 0,880 (IC95%, 0,748-1,000,  $p < 0,01$ ). Na análise da curva relativa ao IAG, verifica-se também um desempenho aceitável, ainda que menor, com uma AUC de 0,833 (IC95%, 0,672-0,995,  $p < 0,05$ ).



Gráfico 3 – Sensibilidade e Especificidade do AME



A tabela 24 descreve os valores de sensibilidade e especificidade para cada ponto de corte obtido na análise. Através desta e da análise visual da curva, procurou-se identificar um ponto de corte que permita um equilíbrio entre sensibilidade e especificidade. Para a GDS e o Termómetro, este ponto seria  $AME \geq 9$ , o que se traduz, para a GDS, numa sensibilidade de 92,3% e especificidade de 83,3% (16,7% de falsos positivos) e para o Termómetro numa sensibilidade de 85,7% e uma especificidade de 81,8%. No entanto, no que diz respeito ao IAG, o ponto de corte seria  $AME \geq 10,5$ , o que se traduziria numa sensibilidade de 76,2% e uma especificidade de 83,3%.

Tabela 24 – Ponto de corte para o AME

<b>Corte</b>	<b>GDS</b>		<b>Termómetro</b>		<b>IAG</b>	
	<i>Sensibilida de</i>	<i>Especificid ade</i>	<i>Sensibilida de</i>	<i>Especificid ade</i>	<i>Sensibilida de</i>	<i>Especificid ade</i>
-1	1,000	0,000	1,000	0,000	1,000	0,000
1,5	1,000	0,167	1,000	0,182	1,000	0,167
3,5	1,000	0,333	1,000	0,364	1,000	0,333
4,5	1,000	0,500	0,929	0,455	0,923	0,417
5,5	1,000	0,667	0,857	0,545	0,769	0,417
6,5	0,923	0,667	0,857	0,636	0,769	0,500
7,5	0,923	0,750	0,857	0,727	0,769	0,583
<b>9</b>	<b>0,923</b>	<b>0,833</b>	<b>0,857</b>	<b>0,818</b>	0,769	0,667
10,5	0,846	0,917	0,714	0,818	<b>0,769</b>	<b>0,833</b>
11,5	0,769	0,917	0,643	0,818	0,692	0,833
13	0,769	1,000	0,643	0,909	0,692	0,917
14,5	0,615	1,000	0,571	1,000	0,538	0,917
15,5	0,462	1,000	0,429	1,000	0,462	1,000
18	0,308	1,000	0,286	1,000	0,308	1,000
21	0,000	1,000	0,000	1,000	0,000	1,000

Segundo os resultados obtidos, o instrumento AME, comparado com as restantes medidas, apresenta uma sensibilidade que varia entre 92,3% e 76,9% e uma especificidade entre os 83,3% e 81,8%, para pontos de corte entre 9 e 10,5. Uma vez que a comparação com a GDS é a que apresenta melhor desempenho e que os autores do instrumento original encontraram também um ponto de corte  $\geq 9$  como sendo o mais eficiente, julgamos ter encontrado neste valor o melhor ponto de corte.

Analizamos ainda o valor preditivo positivo (VPP; probabilidade do sujeito apresentar mal-estar emocional quando se obtém um resultado positivo) e negativo (VPN;

probabilidade de um sujeito que obtém um resultado negativo não apresentar mal-estar emocional) para cada uma das medidas avaliadas (Tabela 25). Verifica-se que o VPP varia entre 92,3% e 76,9%, enquanto o VPN varia entre 83,3% e 66,7%.

Limonero e seus colaboradores (2012), na análise das curvas de ROC para um ponto de corte  $\geq 9$ , constataram uma sensibilidade entre 90% e os 75% e uma especificidade entre 78,8% e os 72,7%, com um VPP entre 90,9% e os 77,3 e um VPN entre 81,8% e os 78,4%, resultados muito próximos ao deste estudo.

Tabela 25 – VPP e VPN do Mal- Estar Emocional

<b>Medidas</b>	<b>VPP</b>	<b>VPN</b>
<b>GDS</b>	92,3%	83,3%
<b>Termómetro</b>	85,7%	81,8%
<b>IAG</b>	76,9%	66,7%

É de salientar que estes resultados não passam de um mero exercício para verificar como se comportam os instrumentos entre si e nunca com o objetivo de generalizar os resultados.

**PARTE II – ENQUADRAMENTO EMPÍRICO**  
**CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## **1 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Atendendo à dimensão da amostra e das zonas geográficas estudadas, a amostra não é representativa da população portuguesa, logo os resultados não podem ser generalizados.

O tipo de amostragem selecionado para o estudo - não probabilística de conveniência - não permite generalizações a respeito da população em estudo, não assumindo critérios em relação à distribuição das características na população.

Uma outra limitação deste estudo está relacionado com o fato de se ter utilizado um ponto de corte do instrumento AME validado para doentes oncológicos em cuidados paliativos em Espanha.

## 2 - CONCLUSÕES

A avaliação do sofrimento emocional é pertinente visto que as doenças crónicas evoluem ao longo de anos traduzindo-se muitas vezes em sofrimento. Este sofrimento deve ter uma abordagem global, integrada e holística e não apenas o controlo de sintomas, sendo orientado para a pessoa e não para a doença. O sofrimento emocional é em geral pouco abordado e pouco explorado uma vez que a sua compreensão não é fácil, podendo ter na sua origem várias causas. Contudo, estas doenças crónicas que foram critérios de inclusão no estudo, são apontadas pela Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos como sendo doenças que deveriam ter acompanhamento paliativo pelo sofrimento que causam, pois as doenças crónicas avançadas que conduzem à falha de órgãos levam a um quadro de sofrimento muito semelhante aos doentes oncológicos com metástases (Nervi et al, 2004).

Chegados a esta etapa cabe executar um balanço sobre os objetivos propostos e os atingidos; refletir sobre as dúvidas e os constrangimentos que nos deparamos ao longo do estudo; sinalizar focos de discussão relevantes para futuras investigações, em função dos resultados obtidos; e, relacionar os objetivos atingidos em função dos recursos disponíveis.

Foi definido como objetivo principal deste estudo a validação do Instrumento AME em idosos institucionalizados com doença crónica (DPOC, Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal, Doença Cerebrovascular), com propriedades psicométricas satisfatórias. Este objetivo não foi atingido devido a várias razões, sobre as quais discutimos seguidamente. A primeira e mais preponderante, prende-se com o *timing* de intervenção. O presente estudo foi desenvolvido no 2º ano letivo, do mestrado em Cuidados Paliativos, sendo o 1º semestre dedicado ao planeamento e o 2º à execução. Um semestre é notoriamente insuficiente para a recolha de dados. Além do constrangimento do tempo, as várias instituições contatadas não manifestaram interesse em participar na investigação. Do total de instituições contatadas (10) apenas 3 se mostraram disponíveis para colaborar na investigação. Permanece ainda a cultura de que a investigação é utilizada como meio de avaliação da qualidade e funcionamento das

instituições. Do nosso ponto de vista, os lares de idosos são ainda meios muito fechados para a comunidade científica, negando-se a participar ou simplesmente não respondendo aos pedidos de autorização. É necessária a sensibilização junto dos responsáveis destas instituições, para a importância de colaborar na investigação, uma vez que os resultados obtidos permitirão sinalizar áreas com potencial de desenvolvimento, melhorando a prestação de cuidados e a assistência prestada. O incentivo à colaboração por parte das instituições deveria ser foco de reflexão por parte das entidades públicas e governamentais. Assim sendo, apenas conseguimos reunir um total de 25 idosos (cumprindo os critérios de inclusão definidos). Além da parca participação das instituições, as que colaboraram têm institucionalizados um elevado número de idosos, mas uma ínfima percentagem cumpria os critérios de inclusão. O declínio em termos de capacidades cognitivas determinou a exclusão de inúmeros potenciais participantes. Atendendo a todos estes constrangimentos, não ponderados no planeamento da investigação, concluímos que o objetivo principal foi demasiado ambicioso.

Assim, além da validação do instrumento AME, pretendia-se examinar a relação entre mal-estar emocional e variáveis sociodemográficas, dependência, funcionalidade, depressão e ansiedade. Assim sendo, em função dos resultados obtidos, segue-se uma reflexão/discussão dos mesmos, sinalizando domínios nos quais poderão desenvolver-se futuras investigações:

- O mal-estar emocional parece estar relacionado com o género – apesar de não terem sido encontradas estatísticas significativas neste estudo (provavelmente pelo tamanho da amostra) no que concerne ao género, as mulheres apresentaram níveis superiores de mal-estar emocional o que nos pode levar a deduzir que o género feminino é mais suscetível de apresentar mal-estar emocional do que o masculino;

- O mal-estar emocional nos idosos parece não estar relacionado com a idade nem com o tempo de evolução da doença;

- O mal-estar emocional pode estar relacionado com a funcionalidade, dependência, com perturbações da ansiedade e depressão.

O instrumento de Avaliação do Mal-Estar Emocional demonstra ser um instrumento de fácil aplicação e de fácil compreensão. Por se tratar de um instrumento simples, pode ser aplicado pelos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, gerontólogos) que exercem a sua profissão junto desta população. É um instrumento que apesar de se basear numa avaliação subjetiva, engloba também uma avaliação de sinais físicos de mal-estar o que leva a uma avaliação mais holística. Para

estudos futuros, aconselha-se que a amostra permita a validação do AME para os idosos portugueses com patologia crónica.

A comparação de idosos institucionalizados e não institucionalizados parece-nos pertinente nesta temática, para que se possa constatar se a institucionalização é um fator para o desenvolvimento de mal-estar emocional.

Apesar do tamanho da amostra não ser significativo, julgamos que foram encontrados alguns aspetos que poderão ser pontos de partida para outros estudos, no sentido de caminharmos para a verdadeira filosofia dos Cuidados Paliativos onde os doentes idosos e não oncológicos merecem inclusão. Estamos cientes que a investigação se faz de pequenos passos.



## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Almeida A: A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares. Mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2008.

Almeida L, Freire T: metodologia da investigação em psicologia da educação. Psiquilibrios, Braga, 2008.

Almeida L, Quintão S: Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. Acta Med Port 25 n. 6; 2012: 350-358.

Álvarez EL, Zaragoza JÁ: Cuidados Paliativos en el anciano. Sociedad Española de Cuidados Paliativos: Guías Médicas. (s/d).

Alwahhabi F: Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. Harvard Review of Psychiatry 4; 2003: 180-193.

Andrade W, et al: Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro 1 n.4; 2011: 470-481.

Aparasu R, Mort J, Brand H: Polypharmacy trends in office visits by the elderly in the United States, 1990 and 2000. Research in Social e Administrative Pharmacy 1 n. 3; 2005:446-459.

Apóstolo J: Instrumentos para Avaliação em Geriatria: Adaptação para Português Europeu da GDS-15. ESENEFC.2012.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP): Cuidados Paliativos, o que são? 2006. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/oquesao.html> consultado a 23/07/2013.

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP): Organização de serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP. 2006.

Baptista A: Perturbações do medo e da Ansiedade: Uma perspetiva evolutiva e desenvolvimental. In Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias adaptativas ao longo da vida.: Quarteto Editora, Coimbra, 2000: 89-141.

Baldacchino D, Bonello L: Anxiety and depression in care homes in Malta and Australia: part 2. British Journal of Nursing 22 n. 13; 2013:780-785.

Bayés R: Psicología del sufrimiento y de la muerte. Anuario de Psicología 29 n.4; 1998: 5-17.

Bayés R, et al. Propuesta de un modelo integral para una intervención terapêutica paliativa. Medicina Paliativa 3; 1996: 114-121

Bayés R, Limonero JT: Prioridade en el tratamiento de los síntomas que padecen los enfermos oncológicos en situación terminal. Medicina Paliativa 6; 1999: 19-21.

Berger L, Mailloux-Poirier D: Pessoas idosas: uma abordagem global. Lusodidacta, Lisboa, 1995.

Born T, Boechat NS: A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006: 1131-41.

Brown M, Lapane K, Luisi A: Development and initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. International Journal of Geriatric Psychiatry 20; 2008: 911-918.

Cabete DG: O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas. Lusociência, Loures, 2002.

Caldas CP: Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. Saúde do idoso: a arte de cuidar. Interciência, Rio de Janeiro, 2004: 37-40.

Campbell-Sills L, et al: Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion* 6; 2006: 587-595.

Capelas A, Neto I - Organização de serviços. In: A. Barbosa, I. Neto: Manual de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2006: 485-511.

Capelas M: Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde* 2 n. 1; 2009: 51-57.

Cardão S: O Idoso Institucionalizado. Coisas de Ler, Lisboa, 2009.

Carqueja E: A prática religiosa e a percepção do sofrimento: um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. *Cadernos de Saúde* 2 n. 1; 2008:7- 40.

Carvalho P, Dias O: Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium* 40; 2011: 161-184.

Cassel E: La persona como sujeto de la medicina. *Cadernos de la Fundacion Victor Grifols i Lucas*; 2009.

Cassel E: The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 306 n. 11; 1982: 639-645.

Cavaleiro A, et al: Perturbações afectivo-emocionais no contexto de Cuidados em Cuidados Continuados. *Journal of Aging and Innovation* 2; 2013.

Chaimowicz F: A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública 31 n. 2; 1997: 184-200.

Chapman CR, Gavrin J: Suffering and its relationships to pain. J Palliat Care 9 n.2; 1993: 5-13

Chaves I: Depressão no Idoso e Processo de Envelhecimento – Quando o entardecer chega... in [http://www.cpihts.com/PDF02/In%C3%AAs%20Chaves\\_01.pdf](http://www.cpihts.com/PDF02/In%C3%AAs%20Chaves_01.pdf). (s/d)

Chochinov HM, et al: The landscape of distress in the terminally ill. Journal of Pain and Symptom Management 38 n.5; 2009.

Crooks V, et al: The use of the Karnofsky performance scale in determining outcome and risk in geriatric outpatients. J Gerontol 46 n. 4; 1991: 139-144.

Cunha JA: Psicodiagnóstico V. Artes Médicas, Porto Alegre, 2000.

Decat C, Laros J, Araujo T: Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. Psico-USF 14 n. 3; 2009: 253-260.

Dias MO: Métodos e técnicas de estudo e elaboração de trabalhos científicos. Minerva, Coimbra, 1999.

Di Giulio P, et al: Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. Journal of Palliative Medicine 11 n. 7; 2008: 1023-1028.

Direção Geral de Saúde: Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa, 2005.

Doyle D, et al: The Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 2003.

Drago S, Martins R: A Depressão no Idoso. Millenium 43; 2012: 79-94.

Duarte Y, Andrade C, Lebrão M: O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Artigo de revisão. Escola de Enfermagem USP, São Paulo, 2006.

Duque AS, et al: Avaliação Geriátrica Global. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.

Eid N, Kairalla M, Campora F: Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. Revista Brasileira Clínica Médica 10 n.1; 2012: 19-23.

Evans C, McCarthy M: Prognostic uncertainty in terminal care: can the Karnofsky index help?. Lancet 325; 1985:1204-1206.

Fernandez C: Aspectos Psicológicos en la enfermedad terminal. La Educación para la Salud del siglo XXI. 2002.

Fortin MF: O processo de investigação: da concepção à realização. Lusociência, Loures, 1999.

Fortin MF, Côté J, Filion F: Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lusodidacta, Loures, 2009.

Freire T, Almeida L: Escalas de avaliação: Construção e validação. In Fernandes M, Almeida L: Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas. Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, 2001.

González AG, Dueñas MN: Procesos terminales en el anciano. (s/d)

Gómez-Batiste X, et al: Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. Palliative Medicine 28 n. 4; 2014: 302-311.

González-Colaço H, et al: Cognitive decline after entering a nursing home: a 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. J Am Med Dir Assoc 15 n. 7. 2014: 504-508.

Hall, S, et al: Palliative care for older people: better practices. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. 2011.

Hallberg IR: Palliative care as a framework for older people's long-term care. International Journal of Palliative Nursing 12 n. 5; 2006: 224-229.

Hallberg IR: Death and dying from old people's point of view. A literature review. Aging Clinical and experimental Research 16 n. 2; 2004: 87-103.

Holland J, et al: Distress Management: Clinical Practice Guidelines in Oncology. National Comprehensive Cancer Network 8 n.4; 2010: 448-485.

Horta WA: Processo de enfermagem. São Paulo, 1979:27-31.

Huang HT, et al: Depression in older residents with stroke living in long-term care facilities. J Nurs Res 22 n. 2; 2014: 111-118.

Imaginário C: O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal. Editora Formasau, Coimbra, 2004.

Imperator E: Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: Glossário. Edinova, Lisboa, 1999.

Instituto Nacional de Estatística: A Península Ibérica em Números. Destaque. 2007:1-3.

Instituto Nacional de Estatística: Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. Censos 2011: Destaque Informação à comunicação social. 2012.

Jacob L: Serviços para idosos. 2002. Disponível: <http://www.socialgest.pt>.

Katz S et al: Studies of illness in the aged - The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functions. JAMA 185 n. 12; 1963:914-9.

Krikorian A: Factores que contribuyen ala experiencia de sufrimiento en enfermos com cáncer en situación avanzada/terminal que reciben cuidados paliativos. Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. 2012.

Krikorian A, Limonero JT: An Integrated view of suffering. Journal of palliative Care 28 n.1; 2012:36-44.

Krikorian A, Limonero JT, Maté J: Suffering and distress at the and-of-life. Psycho-Oncology 21; 2012:799-808.

Ladha BA, et al: Care of the Frail Elder: The Nexus of Geriatrics and Palliative Care. Minnesota Medicine: Clinical and Health Affairs; 2013: 39-42

Lemos AG: Adaptação à velhice: consequências na realização do idoso. Curso de Psicologia da PUC. Unidade Coração Eucarístico, Minas Gerais. 2006.

Lenardt MH et al: O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. Cogitare Enferm 11 n. 2; 2006:117-123.

Levy SM: Avaliação Multidimensional do paciente idoso (Capítulo 2). In Reichel: Assistência ao Idoso: Aspectos Clínicos do Envelhecimento. Editora Ganabara Koogan S.A., 2001: 15-28.

Marques A, et al: O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Patient Care; 2009: 32-38.

Marshall B, et al: Staff Perceptions of End-of-Life Care in Aged Residential Care: A New Zealand Perspective. Journal of Palliative Medicine 14 n.6; 2011: 688-695.

Martins R: A Depressão no Idoso. Revista Millenium 34; 2008: 119-123.

Martins SO et al: Inappropriate drug use by Portuguese elderly outpatients. *Pharm World Sci*; 2006: 296-301

Massie M, Holland J: The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am*; 1987: 243-58.

Menezes R, et al: Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 14 n.3; 2011: 485-496.

Maté J, et al: Elaboración y Propuesta de un Instrumento para la Detección de Malestar Emocional en Enfermos al final de la vida. *Psicooncología* 6 n. 2-3; 2009: 507-518.

Maurer J, et al: Ansiedade e depressão na DPOC: O conhecimento atual, questões não respondidas e investigação necessária. *Revista Portuguesa de Pneumologia* 9 n. 4; 2009.

Miguel EC, Almeida OP: Aspectos psiquiátricos do envelhecimento. In Neto P, Filho E: *Geriatrics: Fundamentos, clínica e terapêutica*, Atheneu, São Paulo, 2000.

Miller MC: Treating generalized anxiety disorder in the elderly. *Harvard Mental Health Letter* 3; 2009:1-4.

Mitchell, AJ: Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer related mood disorder. *Journal of Clinical Oncology* 25 n. 9; 2007: 4670-4681.

Müller-Busch HC. Comunicação Sedação Paliativa: o mesmo que eutanásia? Em III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2004.

Muñoz G, Martín M: Frail elderly and palliative care. *Psicothema* 20 n. 4; 2008: 571-576.



Namorado A, Apóstolo J: Perturbações emocionais-afetivas na pessoa Institucionalizada e em centro de Dia do concelho de Condeixa-a Nova. Enfermagem de Saúde do Idoso. (s/d).

NCP – NATIONAL CONSENSUS PROJECT for quality palliative care *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. Second Edition. 2009.

Nervi B, et al: Care of the Elderly in Developing Countries. Palliative Care In Developing Countries: Principles And Practice. 2004.

Neto, I: Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In: Barbosa A, Neto I: Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, 2010.

Neto M, Corte-Real J: A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário (ISPA-IU). s/d

Netto M: Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Editora Atheneu, São Paulo, 2000.

Netto M: Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. In: Conceito de Velhice, O idoso e a Família. Atheneu, São Paulo, 2002: 92-97.

Neves H: Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos. Mestrado em Gerontologia. Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior. 2012.

Nihtila E, Et al: Chronic conditions and risk of long-term institutionalization among older people. The European Journal of Public Health; 2008:77-84.

Oliveira E, Gomes M, Paiva K: Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região Metropolitana de Vitória. ES. Escola Anna Nery 15 n.3; 2011: 518-523.

OMS: Relatório Mundial de Saúde 2001- Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direção Geral da Saúde. 2002.

Orem DE, Taylor SG: Orem's general theory of nursing theory. National league for nursing. New York.1986: 37-71.

Paradela E, Lourenço R, Veras R: Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 39 n. 6; 2005: 918-923.

Paúl C: Envelhecimento e ambiente. In Soczka L: Contextos humanos e psicologia ambiental. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2005:247-268.

Paúl C: Lá para o fim da vida: Idosos, Família e o Meio Ambiente. Almedina, Coimbra, 1997.

Paúl C, Fonseca A: Psicossociologia da saúde. Climepsi, Lisboa, 2001.

Pavan F, et al: Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. Cadernos de Saúde Pública 24 n.9; 2008:2187-2190.

Pessini L, Bertachini L: Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. Acta Bioethica 12 n.2; 2006: 231-242.

Pimentel L: O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias. Quarteto, Coimbra, 2001.

Pina APB – Investigação e Estatística: Definição do desenho de estudo. [em linha]. Portal de Saúde Pública. 2006. Disponível em <URL: <http://www.saudepublica.web.pt/03-Investigacao/031-EpiInfoInvestiga/desenho.htm> >.

Polit D, Hungler P – Fundamentos de Pesquisa. Artes Médicas, Porto Alegre, 1994.

Ponte C, Almeida V, Fernandes L: Suicidal ideation, depression and quality of life in the elderly: study in a gerontopsychiatric consultation. Span J Psychol. 2014

Prock d, et al: The MDS Mortality Risk Index: the evolution of a method for predicting 6-month mortality in nursing home residents. BMCRes Notes 3 n.200; 2010:1-8.

Prince M, et al: A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. Psychol Med 28; 1998: 337-350.

Puiggrò C, et al: El índice de Karnofsky como predictor de mortalidade en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. Nutrición Hospitalaria 24 n.2; 2009: 156-160.

Puijalon B: Autonomia y dependência en la vejez. Cadernos de la Fundacion Victor Grifols i Lucas. 2009

Ribeiro O, et al: Portuguese version of Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. Aging e Mental Health 15 n. 6; 2011: 742-748.

Rica-Escuín M, et al: Frailty and mortality or incident disability in institutionalized older adults: The Final Study.Maturitas. 2014: 1-6.

Santiago L, Mattos I: Depressive symptoms in institucionalized older adults. Rev Saúde Pública 48 n. 2. 2014.

Santos A: Ptofobia e dimensões psicológicas associadas: estudo em pessoas idosas. Mestrado em Gerontologia. Sessão Autónoma de Ciências. Universidade de Aveiro. 2011.

Santos P: A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão. Quarteto Editora, Coimbra, 2002.

Saunders C, Baines M: Living with dying: The management of terminal disease. Oxford University Press, Oxford, 1983.

Schroedl C, et al: Outpatient Palliative Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Case Series. J Palliat Med. 2014.

Sinoff G, Werner P: Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18; 2003: 951-959.

Smanioto FN, Haddad MC: Índice de Katz Aplicado a Idosos Institucionalizados. *Rev Rene* 12 n. 1; 2011:18-23.

Sousa M, et al: Depressão em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa Clínica Geral* 26; 2010: 384-391.

Tier CG, Fontana RT, Soares NV: Refletindo sobre idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm* 57 n.3; 2004: 332-335.

Thompson GN, et al: Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer. *Journal of Clinical Oncology* 27 n. 34; 2009: 5757-5762.

Trotta RL: Quality of death: a dimensional analysis of palliative care in the nursing home *Journal of Palliative Medicine* 10 n.5; 2007: 1116-1127.

Vaz S: A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança. Mestrado em Psicologia do Idoso. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto. 2009.

Weinberg LE: Aplicações da sensação de controle e da dependência adquirida. *Fisioterapia na Terceira Idade*. Livraria Santos Editora, São Paulo, 2000.

Wetherell JL, Maser JD, Van balkom A: Anxiety disorders in the elderly: outdated beliefs and a research agenda. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111; 2005:401-402.

Wolitzky-Taylor KB et al: Anxiety Disorders in Older Adults: a Comprehensive Review. *Depression and Anxiety* 27; 2010: 190-211.

Woodruff R: Palliative Care: Basic Principles. In Bruera E, et al: *Palliative Care in Developing Countries: Principles and Practice Palliative*. Internacional Association For Hospice e Palliative Care. 2004.

WHO: The solid facts: palliative care. Geneva: World Health Organization. 2004.

Xavier F, et al: Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais. Rev Saúde Pública 35 n. 3; 2001: 294-302.

Zimmerman GI: Velhice: aspectos biopsicossociais. Arte Médicas, Porto Alegre, 2000.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1 – Instrumento de Colheita de Dados**

## **Anexo 2 – Consentimento Informado**



## Consentimento Informado

### Investigação no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos

O trabalho de investigação, referente a “Avaliação Sofrimento Emocional em idosos institucionalizados” está inserido no Mestrado em Cuidados Paliativos e tem como principal objetivo Validar a Escala de Avaliação do Mal-estar Emocional (AME), em idosos institucionalizados.

Pretende-se contribuir para um melhor conhecimento sobre esta temática. Para tal, torna-se útil incluir neste estudo os idosos residentes em lar com patologia limitativa e causadora de sofrimento.

O resultado da investigação, orientado pelo Doutor Eduardo Carqueja, será apresentado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Este estudo não lhe traz nenhuma despesa ou risco. As informações são recolhidas através de uma pequena entrevista realizada pela investigadora, preenchendo um formulário.

Toda a informação é confidencial e a sua identidade oculta.

A sua participação neste estudo é voluntária, sendo que pode retirar-se a qualquer momento ou recusar-se a participar sem que isso lhe traga consequências.

Declaro que aceito participar nesta investigação, depois de ouvir as informações acima referidas.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data:

Assinatura da Investigadora: \_\_\_\_\_

### **Anexo 3 – Autorização das Instituições**

## LAR SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE AROUCA



Assistente Social SCMA (a.social@scmarouca.com) [Adicionar aos contatos](#) 27/05/2014

Para: 'patricia\_gouveia'

Boa tarde:

Da nossa parte pode avançar com o estudo. Como me apercebi que tem alguma urgência, pode passar cá já amanhã para conversarmos um pouco. Se estiver disponível, posso falar consigo amanhã, dia 28.05.14

às 10h no edifício do lar da Santa Casa da Misericórdia de Arouca.

Cumprimentos,

Aguardo resposta,

## LAR DA CASA DE MILHEIRÓS

RE: pedido de autorização de recolha de dados



Geral Misericórdia da Maia (geral@misericordiadamaia.com) [Adicionar aos contatos](#) 06/05/2014 [Fotos](#)

Para: 'patricia\_gouveia'

Cc: montserratpedrola@misericordiadamaia.com, nunomagalhaes@misericordiadamaia.com

Exma. Senhora Enfermeira,

Presente a Vossa mensagem, que nos mereceu a melhor atenção, temos a honra de informar que o estudo poderá ser realizado junto dos Idosos da Casa de Milheirós, em prévia articulação com a Diretora Técnica, Doutora Montserrat Pedrola.

Lamentamos informar que não é possível realizar o estudo no Lar Prof. Doutor José Vieira de Carvalho, dado se encontrar em curso trabalho semelhante e não ser aconselhável a realização de outro tendo em conta as particularidades da população em apreço.

Com os mais cordiais e respeitosos cumprimentos, subscreve-se,

A Provedora,

# LAR DE SANTO ANTÓNIO – GUEIFÃES

Autorizado a realização do estudo de investigação.

↑ ↓ ✕



Ana Cortez (anacortez.larstoantonio@gmail.com) [Adicionar aos contactos](#) 24/04/2014 ▶  
Para: tichagouveia@hotmail.com ✕

Bom Dia Enfª Patrícia Gouveia,

Agradecemos desde já, nos ter incluído no estudo de investigação sob o tema: "Avaliação do Sofrimento Emocional em Idosos" de forma a podermos contribuir para um melhor serviço e rápida resposta dos profissionais que trabalham com a população idosa.

Desta forma, é confirmada a autorização pedida.

Para o desenrolar da aplicação dos instrumentos, pode contar connosco no que precisar.

Com os nossos melhores cumprimentos,

P/ Lar Santo António,